CONGRÈS INTERNATIONAL

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

TENU A PARIS EN 1889

PARIS. TYPOGRAPHIE GASTON NÉE

1, RUE CASSETTE, 1



1. Entrée du côté de Paris
2. Avantcour. 3. Cuisines.
4. Grande Cour. 5. Offices
6. Salles des Malades.
7. Chapelle de S.t Louis.

L'HÔPITAL DE S.t LOUIS entre les Faubourgs Montmartre et S.t Laurent, a été fondé par le Roi Henri le Grand, l'An 1607. et achevé en 1670. pour y retirer et pencer les Pestiférez pendant la contagion. On y tient àpresent quelques Pauvres affligez de maladies qui se communiquent, comme le Scorbut et la dissenterie et des convalescens de l'Hôtel Dieu pour y prendre l'air, et ils y sont Sollicitez par quelques Religieuses.

8. Reservoir. 9. Pavillon Roial.
10. La Vilette. 11. Montfaucon.
12. Butte des moulins de Belle-ville
13. Mesnil-montant. 14. Pincour.

A Paris chez I Mariette rüe S.t Jacques a la Victoire Avec privilege

CONGRÈS INTERNATIONAL

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

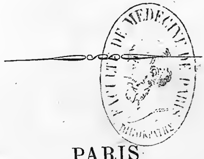
TENU A PARIS EN 1889

COMPTES RENDUS

PUBLIÉS PAR

LE Dr HENRI FEULARD

SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL



PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, en face de l'École de Médecine

1890

STATUTS

I. — Un Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie s'ouvrira à Paris, le lundi 5 août 1889, et sera clos le 10 du même mois. Il aura lieu dans la grande salle du musée de l'Hôpital Saint-Louis.

II. — Seront membres du Congrès tous les docteurs en médecine français et étrangers, qui s'inscriront en temps utile et qui auront acquitté les droits de cotisation.

III. — Dans la séance d'ouverture du Congrès, le Comité d'organisation fera procéder à la nomination du bureau définitif, des vice-présidents et des secrétaires.

Les membres du Comité d'organisation peuvent être nommés membres du bureau définitif.

IV. — Les séances du Congrès seront publiques. Les membres du Congrès, qui désirent faire une communication, pourront s'exprimer dans la langue qui leur est familière.

Les communications du Comité d'organisation se feront en français.

V. — Les comptes rendus des travaux du Congrès seront publiés dans un volume spécial par les soins du Comité d'organisation.

COMITÉ D'ORGANISATION DU CONGRÈS

MM. les Docteurs :

Ricord (Ph.), membre de l'Académie de médecine, chirurgien honoraire de l'hôpital du Midi, **président d'honneur.**

Hardy, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, **président.**

Membres du Comité :

MM. les Docteurs :

Balzer, médecin de l'hôpital de Lourcine.

Besnier (Ernest), membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Du Castel, médecin de l'hôpital du Midi.

Fournier (Alfred), professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Gailleton, professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lyon.

Hallopeau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Humbert, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital du Midi.

Lailler, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis.

Leloir, professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lille, correspondant de l'Académie de médecine.

Mauriac (Ch.), médecin de l'hôpital du Midi.

Pozzi, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de Lourcine.

Quinquaud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Tenneson, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Vidal, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Feulard (Henri), chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis, **secrétaire.**

Le Comité d'organisation s'est adjoint des secrétaires étrangers, afin de faciliter la préparation du Congrès et les moyens de relations avec les médecins des divers pays.

Sur la demande du Comité, ont bien voulu accepter ces fonctions :

MM. les Docteurs : Bertarelli (Amb.), Milan; Boeck (César), Christiania; Dubois-Havenith, Bruxelles; Fox (Colcott), Londres; Haslund, Copenhague; Mayor (A.), Genève; Morris (Malcolm), Londres; Morrow (P.-A), New-York; Pardo, Madrid; Petersen, Saint-Pétersbourg; Riehl (G.), Vienne; Silva Araujo, Rio-de-Janeiro; Welander, Stockolm; Zambaco, Constantinople.

RÈGLEMENT

I. — Les adhésions, demandes de renseignements et les communications peuvent être adressées, soit à M. le Dr H. Feulard, *à Paris, hôpital Saint-Louis,* secrétaire du Comité d'organisation, soit à l'un des secrétaires délégués pour l'étranger.

II. — Les droits de cotisation sont de 25 francs; la cotisation donne droit au volume des comptes rendus du Congrès.

III. — Les cotisations seront perçues à Paris, au moment de l'ouverture du Congrès en même temps que seront distribuées les cartes de membres du Congrès.

Les personnes qui, ayant envoyé leur adhésion, ne pourraient venir au Congrès, mais désireraient en recevoir les comptes rendus, devront envoyer, par mandat-poste, à M. le Dr H. Feulard, secrétaire du Comité, le montant de leur cotisation.

IV. — Les questions traitées seront de deux ordres : les unes proposées à l'avance par le Comité d'organisation, les autres librement choisies.

V. — Les séances auront lieu de 9 heures du matin à midi et de 3 heures à 6 heures du soir. Les séances de l'après-midi seront consacrées à la discussion des questions proposées par le Comité.

VI. — Les membres qui désirent faire une communication sont priés de le faire savoir au secrétaire du Comité d'organisation ou à

l'un des secrétaires délégués, avant le 15 mai 1889, et de joindre un résumé très bref contenant les conclusions du travail.

Ce résumé sera imprimé *in extenso* ou en partie dans le programme général qui sera distribué avant l'ouverture du Congrès.

Ce programme qui sera envoyé au commencement du mois de juillet 1889 contiendra les noms des membres ayant envoyé leur adhésion avant le 15 mai, ceux des orateurs inscrits pour prendre la parole sur les questions mises à l'ordre du jour, les communications annoncées, etc.

VII. — Dans l'ordre du jour de chaque séance, les orateurs inscrits à l'avance et les communications annoncées au programme général auront la priorité.

Les communications peuvent avoir une durée de quinze minutes. Dans les discussions, les orateurs ne pourront garder la parole pendant plus de dix minutes consécutives. Ce temps écoulé, le président pourra, s'il est besoin, maintenir la parole à l'orateur.

VIII. — Les manuscrits des communications devront être déposés sur le bureau avant la levée de la séance.

Le Comité d'organisation décidera de leur insertion totale ou partielle dans le compte rendu officiel.

La publication sera faite en français, en allemand ou en anglais.

Quant aux discussions, elles seront reproduites dans le compte rendu à condition que les membres qui y auront pris part remettent, au plus tard au début de la séance qui suivra, un résumé de leurs discours aux secrétaires de la séance.

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR

QUESTION I

De la constitution du groupe « Lichen ».

I. — Doit-on, avec les anciens dermatologistes, conserver la dénomination de « *Lichen* » à un assez grand nombre d'affections que plusieurs modernes considèrent comme différentes les unes des autres?

II. — Dans la négative : 1° Quelles sont les affections qu'il faut séparer du groupe et dénommer autrement; 2° Un nouveau *groupe lichen* étant constitué, quelles sont les espèces, formes ou variétés que l'on doit y admettre?

QUESTION II

Du pityriasis rubra. — Des dermatites exfoliantes généralisées primitives.

I. — Quels sont les caractères propres de la dermatose à laquelle il faut limiter la dénomination de *pityriasis rubra?* Ne doit-on pas distinguer dans cette maladie plusieurs types selon leur marche, leur durée, leur terminaison?

II. — La dermatose décrite sous le nom de *pityriasis rubra pilaire* doit-elle être considérée comme une *espèce* du pityriasis rubra ou comme une *affection propre*, ou bien être rattachée à un autre *genre morbide*, le *psoriasis?*

III. — Quels sont les rapports à établir entre les affections cutanées dénommées :

a. *Érythèmes scarlatiniformes.*

b. *Dermatite exfoliatrice généralisée primitive.*

QUESTION III

Du pemphigus. — Des dermatoses bulleuses, complexes ou multiformes.

I. — Le terme de *pemphigus* peut-il être conservé pour dénommer plusieurs dermatoses bulleuses qui sont distinctes les unes des autres par leur nature, leur marche et leur terminaison; ou bien, au contraire, doit-il être réservé à une maladie unique et bien définie, le *pemphigus*, correspondant au pemphigus chronique bulleux, ou foliacé?

II. — D'autre part, comment faut-il classer diverses dermatoses bulleuses, érythémato-bulleuses, ou plus complexes encore : érythémateuses, pustuleuses, bulleuses à la fois, c'est-à-dire *multiformes*, telles par exemple que les affections connues sous les noms de *pemphigus à petites bulles*, *érythème bulleux*, *hydroa bulleux*, *dermatite herpétiforme*, *dermatite prurigineuse polymorphe*, *herpes gestationis*, etc.; et quelles dénominations faut-il leur appliquer?

QUESTION IV

Du trichophyton. — Des dermatoses trichophytiques.

I. — Mycologie, espèces, cultures, transmission expérimentale, contagion.

II. — Prophylaxie et traitement.

QUESTION V

Direction générale et traitement de la syphilis.

I. — A quel moment de l'infection syphilitique doit être commencé le traitement?

Traitement continu ; traitement interrompu.

Par quel agent thérapeutique doit-il être commencé?

Quand y a-t-il lieu d'adjoindre ou de substituer les préparations iodurées aux mercuriaux?

Indications et contre-indications du mercure.
Indications et contre-indications de l'iodure de potassium.
II. — Combien de temps le traitement doit-il être continué?
Faut-il traiter la syphilis en dehors de ses manifestations?
Est-il utile, à une époque éloignée du début de l'infection, d'administrer encore l'iodure préventivement?

QUESTION VI

Fréquence relative de la syphilis tertiaire. — Conditions favorables à son développement.

I. — Établir la proportion des syphilitiques qui arrivent à la période tertiaire :
1° Sans traitement;
2° Avec traitement.

II. — Peut-on tirer quelque indice soit du chancre, soit des accidents secondaires comme présages des accidents tertiaires.

III. — Déterminer l'influence réelle des causes réputées favorables à l'éclosion de la syphilis tertiaire (âge, constitution, sexe, antécédents morbides personnels ou héréditaires, profession, hygiène individuelle, impaludisme, alcoolisme, traumatisme, surmenage, causes dépressives).

Le Comité d'organisation pense qu'il y aurait intérêt, pour la discussion des questions générales, à ce que ces questions fussent l'objet de rapports particuliers; il prie donc les orateurs qui ont l'intention de préparer et rédiger ces rapports de vouloir bien lui faire parvenir, suivant le mode prescrit par l'article VI du règlement, les conclusions de leur travail sur la question ou un point de la question : ces conclusions seront reproduites dans le programme général.

QUESTIONS

LAISSÉES AU CHOIX DES MEMBRES DU CONGRÈS

Tout en laissant aux membres du Congrès la faculté de choisir les questions qu'ils veulent traiter, le Comité d'organisation désire attirer plus particulièrement l'attention sur certaines questions dont la solution ne paraît pouvoir être obtenue que par le concours des dermatologistes et syphiligraphes de pays divers.

I. — Questions de dermatologie.

Mycosis fongoïde.

Pruritus hiemalis.

Contagion de la lèpre. Du nombre des lépreux existant actuellement en Europe en dehors des pays Scandinaves.

État de la science sur la nature parasitaire non encore définitivement établie de certaines affections de la peau, telles que l'*eczéma sec circiné*, le *pityriasis rosé de Gibert*, l'*eczéma séborrhéique*, etc.

II. — Questions de syphiligraphie.

Rapports qui existent entre la syphilis et quelques affections définies du système nerveux (tabes, paralysie générale).

Excision du chancre syphilitique.

Indications et valeur thérapeutique des injections mercurielles sous-cutanées.

Prophylaxie administrative de la syphilis des nourrices et nourrissons (règlements existant dans chaque pays, responsabilité des administrations

hospitalières, conduite à tenir vis-à-vis des nouveau-nés abandonnés, nés de parents dont les antécédents pathologiques sont ignorés, nourriceries, allaitement artificiel, etc.).

Du chancre vénérien, unicité et dualité; fréquence relative du chancre mou dans les divers pays.

III. — Questions techniques relatives à la pratique et à l'enseignement de la dermato-syphiligraphie.

Comparaison de l'enseignement et de la pratique dermato-syphiligraphiques dans les divers pays (chaires officielles de facultés, enseignement libre, hôpitaux et services spéciaux, consultations publiques et polycliniques, laboratoires, etc.).

Nomination d'une commission chargée de la simplification de la nomenclature dermatologique.

Moyens de faciliter l'étude internationale de la dermatologie; publication d'un atlas international des dermatoses rares; synonymie des appellations nosologiques, bibliographie, journaux, sociétés, congrès périodiques, etc.

LISTE DES MEMBRES DU CONGRÈS

MM. les Drs

ALI (Riza). — Constantinople.
ALLEN (Ch.). — New-York.
ALPHANDARI. — Le Caire.
Prof. DE AMICIS. — Naples.
Prof. ANDERSON (Mac Call). — Glasgow.
ARNOZAN. — Bordeaux.
ASSAKY. — Bucharest.
AUBERT. — Lyon.
AZUA. — Madrid.

BALZER. — Paris.
BARTHÉLEMY. — Paris.
BAUDOUIN. — Paris.
BENGOLEA (M.). — Buenos-Ayres.
BERETTA. — Constantinople.
BERTARELLI (A.). — Milan.
E. BESNIER. — Paris.
DE BEURMANN. — Paris.
BOECK (C.). — Christiania.
BOMBIN. — Madrid.
BROCQ. — Paris.
BROOKE. — Manchester.
BRUCHET. — Paris.
BRUMUND. — Leyde.
BARBE. — Paris.
BRUNO-CHAVES. — Pelotas. Rio-Grande du Sud (*Brésil*).
Prof. BULHOÈS (Oscar de). — Rio-de-Janeiro.
BULKLEY (Duncan). — New-York.
BUTTE. — Paris.

CASTELO (Eusebio). — Madrid.

MM. les Drs

CASTELO (Fernando). — Madrid.
CAYLA. — Neuilly-sur-Seine.
COMMENGE. — Paris.
CROCKER (H. Radcliffe). — Londres.
CRUYL (L.). — Gand.
CIARROCCHI. — Rome.

DARIER. — Paris.
DELACOUR (E.). — Constantinople.
DELIGNY. — Paris.
DERVILLE. — Lille.
DIDAY. — Lyon.
DJELAL-MOUHKTAR. — Constantinople.
DOYON (A.). — Lyon.
DRYSDALE (CH.-R.). — Londres.
DUBOIS-HAVENITH. — Bruxelles.
DUBREUILH (W.). — Bordeaux.
DU CASTEL. — Paris.
DUCREY (A.). — Naples.
VON DUERING (E.). — Constantinople.
DUGUET. — Paris.
Prof. DUHRING (L.-A.). — Philadelphie.
DUMESTHÉ. — Alexandrie.

EHLERS (Edvard). — Copenhague.
ELLIOT (G.). — New-York.
ERAUD (G.). — Lyon.
ERDMANN (Jhor). — Stockholm.
EUTHYBOULE. — Constantinople.

FABRE (Paul). — Commentry. Allier (*France*).
FALCAO (Zeferino). — Lisbonne.

MM. les D[rs]

Feulard (H.). — Paris.
Finger (E.). — Vienne.
Fordyce (G.-A.). — New-York.
Prof. Fournier (A.). — Paris.
Fournier (H.). — Paris.
Fox (T. Colcott). — Londres.

Gabizo. — Rio-de-Janeiro.
Prof. Gailleton. — Lyon.
Galassi (Ruggero). — Bologne.
Gaucher (E.). — Paris.
Prof. Gay (A.). — Kasan.
Gémy. — Alger.
Prof. Gibello. — Turin.
Giletti. — Turin.
Godin (Arsène). — Saint-Jean. *Canada.*
Godinho. — Lisbonne.

Hallopeau. — Paris.
Prof. Hardy. — Paris.
De la Harpe. — Lausanne.
Prof. Haslund. — Copenhague.
H. Von Hebra. — Vienne.
Havas. — Budapest.
Hermet. — Paris.
Horand. — Lyon.
Houlky-Bey. — Constantinople.
Humbert. — Paris.
Hutchinson (Jonathan). — Londres.
Hyde (J.-N.). — Chicago.

Iscovesco. — Paris.

Jacquet. — Paris.
Jamieson (Allan). — Edimbourg.
Prof. Janowsky. — Prague.
Josias (A.). — Paris.
Jullien. — Paris.

Prof. Kalindero. — Bucharest.
Prof. Kaposi. — Vienne.
Klotz (Herman). — New-York.
Krowczynski. — Lemberg.

Lailler. — Paris.
Landouzy. — Paris.
Langlebert (J.). — Paris.

MM. les D[r]

Le Dentu. — Paris.
Prof. Leloir. — Lille.
Lepers (G.). — Roubaix.
Le Pileur. — Paris.
Leredde. — Paris.
Lermoyez. — Paris.
Lucas-Championnière (P.). — Paris.
Lutz. — San-Paolo (*Brésil*).

Mahé. — Constantinople.
De Maieff. — Saint-Pétersbourg.
Prof. Manassei. — Rome.
Prof. Mansouroff. — Moscou.
Mapother. — Londres.
Marty (Louis-P.-B.). — Paris.
Mathieu (A.). — Paris.
Mauriac (Ch.). — Paris.
Mavrogeny-Pacha. — Constantinople.
Mayor (A.). — Genève.
Merklen. — Paris.
Mibelli (Vittorio). — Sienne.
De Molènes (P.). — Paris.
Moraga-Porras. — Santiago (*Chili*).
Moreau. — Alger.
Morel-Lavallée. — Paris.
Morison (R.). — Baltimore.
Morris (Malcolm). — Londres.
Morrow (P.-A). — New-York.

Prof. Neumann. — Vienne.
Noyes. — Melbourne.
Nunez. — Costa-Rica.

Ohmann-Dumesnil. — Missouri.
Prof. Olavide. — Madrid.
Olavide (J.). — Madrid.
Ollivier (A.). — Paris.
Oltramare. — Genève.
Ostalé (Enrique). — Saragosse.

Pardo. — Madrid.
Di Pasquale. — Palerme.
Pautry. — Genève.
Pechedimaldji-Pacha. — Constantinople.
Prof. Pellizzari (Pietro). — Florence.
Peroni. — Turin.

MM. les Drs

PERRIN (L.). — Marseille.
PETERSEN. — Saint-Pétersbourg.
PÉTRINI (de Galatz). — Bucharest.
PIGNOT. — Paris.
Prof. PIPPINGSKÖLD. — Helsingfors.
POLLITZER. — New-York.
PORTALIER. — Paris.
Prof. POSPELOW. — Moscou.
POZZI. — Paris.
PRINGLE (J.-J.). — Londres.

QUINQUAUD. — Paris.

RAYMOND (P.). — Paris.
RENAULT. — Paris.
RENOUARD. — Paris.
RICORD. — Paris.
RIEHL. — Vienne.
ROBERTS (H. Leslie). — Edimbourg. Londres.
ROBINSON (A.-R.). — New-York.
Prof. ROLLET. — Lyon.
RONA. — Budapest.
ROSCHER (Harold).— Arendal (*Norvège*).
ROSOLIMOS. — Athènes.
ROUSTAN. — Cannes. Alpes-Maritimes (*France*).

SANTI. — Berne.
SCHIFF (E.). — Vienne.
SCHMITT. — Nancy.
SCHUSTER. — Aix-la-Chapelle.
Prof. SCHWIMMER. — Budapest.
SILVA ARAUJO. — Rio-de-Janeiro.
SOFFIANTINI. — Pavie.
DEL SOLAR. — Buenos-Ayres.
SOMMER (Baldomero). — Buenos-Ayres.
Prof. SPILLMANN. — Nancy.
SQUIRE (Balmanno). — Londres.
STEPHANESCO. — Bucharest.

MM. les Drs

Prof. STOUKOVENKOFF. — Kiew.
STREITZ. — Louvain.
SZWYKOWSKI. — Varsovie.

Prof. TARNOWSKY.— Saint-Pétersbourg.
TAVERNIER. — Lille.
TENNESON. — Paris.
TEXO. — Buenos-Ayres.
THIBIERGE (G.). — Paris.
TOMMASOLI. — Rome.
TÖRÖK. — Budapesth.
TRAPEZNIKOFF. — Saint-Pétersbourg.
TSCHISTIAKOFF. — Saint-Pétersbourg.

UNNA. — Hambourg.

VAJDA. — Vienne.
VALASSOPOULO. — Alexandrie.
VALDÈS-MOREL. — Santiago (*Chili*).
VERCHÈRE. — Paris.
VÉRITÉ. — Paris.
Prof. VERNEUIL. — Paris.
VIDAL (E.). — Paris.
VINETA-BELLASERRA. — Barcelone.
VIOLI. — Constantinople.

DE WATRASZEWSKI. — Varsovie.
WELANDER. — Stockholm.
WHITE (James). — Boston.
WHITE (William). — Philadelphie.
WICKHAM (Louis). — Paris.
WIDMARK. — Stockholm.
WYLIE (Hamilton). — Edimbourg.

ZAMBACO-PACHA. — Constantinople.
ZANCARAL. — Alexandrie.
ZANVESTER. — Zell-am-See (*Autriche*).
VON ZEISSL (Max.). — Vienne.
ZURIAGA. — Valence (*Espagne*).

DÉLÉGUÉS

Belgique, M. DUBOIS-HAVENITH; *Brésil*, M. OSCAR DE BULHOES; *Chili*, M. VALDÈS-MOREL; *Espagne*, M. E. CASTELO; *Norwège*, M. HAROLD ROSCHER; *Portugal*, ZEFERINO FALCAO; *République Argentine*, BALDOMERO SOMMER; *Roumanie*, MM. KALINDERO, PETRINI, STEPHANESCO.

PREMIÈRE JOURNÉE. — LUNDI 5 AOUT 1889.

— Séance du matin. —

I. — **Inauguration du Musée et ouverture du Congrès.** — Discours de MM. Ricord, Peyron, Feulard, Hardy. — Nomination du Bureau, des présidents étrangers et des secrétaires.

I. — **Discussion de la première question:** *De la constitution du groupe lichen.* — MM. Kaposi, Jamieson, Hallopeau, H. von Hebra, C. Bœck.

— Séance du soir. —

Continuation de la discussion de la question I. — MM. Neumann, Unna, Schwimmer, Malcolm-Morris, Dubois-Havenith, Leloir, Schiff, Ernest Besnier, de Amicis, H. von Hebra, Kaposi.

I

INAUGURATION DU MUSÉE ET OUVERTURE DU CONGRÈS.

A neuf heures et demie, prennent place sur l'estrade M. Peyron, directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique; M. le Dr Ricord, président d'honneur du Comité d'organisation; M. le professeur Hardy, président, et les membres du Comité d'organisation; M. Félix Voisin, vice-président du conseil de surveillance de l'Administration générale de l'Assistance publique; M. le Dr Féréol, secrétaire annuel de l'Académie de médecine; M. le Dr Cadet de Gassicourt, président, et M. le Dr Desnos, secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux de Paris; M. le Dr Millard, membre du Conseil de surveillance de l'Administration de l'Assistance publique, représentant des médecins des hôpitaux; M. Imard, inspecteur de l'Administration; M. Grandry, directeur de l'hôpital Saint-Louis; M. Baretta, etc.
La séance commence immédiatement.

M. RICORD, président d'honneur du Comité d'organisation du Congrès :

MESSIEURS,

Notre Congrès est constitué, par les soins de notre comité d'organisation, sous la haute et savante direction de son président, M. le professeur Hardy, et de son intelligent et actif secrétaire, M. le Dr Feulard.

J'ouvre la séance comme président d'honneur et, comme votre doyen à tous, je suis chargé de vous présenter nos compliments de bienvenue; je veux donc vous remercier, en notre nom et au nom de la France, de votre empressement à répondre à notre appel.

La France, toujours grande et pacifique, appelle aujourd'hui vers elle les prodigieux produits de l'industrie et des beaux-arts de tous les pays, et les manifestations de la science, cette conquérante irrésistible. Grâce à l'envahissement de peuples amis, grâce à vous, Messieurs, Paris n'est plus seulement la capitale de la France ; il devient la capitale du monde entier.

Soyez donc les bienvenus, et permettez-moi de vous présenter cette main qui voudrait serrer toutes les vôtres, en vous donnant l'assurance d'une bonne et constante fraternité.

M. E. Peyron, directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique :

Messieurs,

Le Comité d'organisation du Congrès de dermatologie et de syphiligraphie a demandé à l'Administration de l'Assistance publique de permettre au Congrès de tenir ses séances à l'hôpital Saint-Louis, et il a manifesté le désir que l'inauguration officielle du Musée de cet hôpital coïncidât avec l'ouverture de vos travaux.

L'Administration de l'Assistance publique a été grandement honorée de cette demande et de ce vœu, et c'est avec la satisfaction la plus empressée qu'elle vous ouvre toutes grandes les portes de cette Maison, où tous vous vous sentirez chez vous par l'accueil cordial que vous y ménagent vos collègues les médecins de Saint-Louis, ces vaillants représentants de glorieuses traditions. Et puisque le Congrès fait à l'Assistance publique l'honneur de prendre séance chez elle, je lui demande la permission de présenter à tous ses membres, et plus particulièrement à ses membres étrangers, notre hommage de bienvenue.

C'est une pensée dont nous sommes également reconnaissants à votre Comité, d'avoir choisi pour l'inauguration du Musée de Saint-Louis cette rencontre de savants de tant de nations diverses réunis dans la poursuite d'un but commun, supérieur à toute division de frontières et de langage.

Cette inauguration, Messieurs, a tout d'abord un caractère exceptionnel, une installation complète précédant, et précédant de beaucoup, l'inauguration. Le local qu'occupe notre Musée compte en effet déjà plusieurs années d'existence ; mais s'il a attendu longtemps l'honneur que vous lui faites aujourd'hui, les collections qu'il renferme et dont il assure enfin la conservation ont attendu bien plus longtemps encore un abri plus convenable et plus sûr que leur installation primitive.

Onze années en effet se sont écoulées depuis le jour où M. Husson recevait, en 1865, de M. le docteur Devergie, une série d'aquarelles qui ont formé le modeste point de départ du Musée et qu'il faisait placer dans une galerie servant autrefois de passage, et le jour où l'un de mes prédécesseurs présentait un premier projet d'installation définitive.

Encore, ce projet était-il repoussé par le Conseil municipal comme incomplet et renvoyé pour étude nouvelle à l'Administration. Si bien que, pour leur faire traverser l'Exposition de 1878 dans des conditions moins lamentables, M. le Dr Lailler offrait l'hospitalité dans l'une des salles de son service à nos collections déjà singulièrement accrues.

La mort de M. Michel Möring retardait les études, et c'est à l'Administration de mon prédécesseur, l'honorable M. Quentin, qu'est échu l'honneur de présenter et de faire adopter un nouveau projet. Le 10 mars 1888, M. Quentin soumettait au Conseil de surveillance de l'Assistance publique un projet dressé conformément aux indications du Conseil municipal; d'accord avec les médecins de Saint-Louis, le Conseil de surveillance faisait subir un certain nombre de modifications à ce projet que le Conseil municipal adoptait avec les modifications demandées par le Conseil de surveillance.

Les travaux, qui comportaient en même temps que l'installation du Musée, d'une bibliothèque et d'une salle de conférences, la réinstallation des bains externes et la construction d'un service complet de consultations, et dont la dépense s'est élevée à plus de huit cent mille francs, ont été commencés au mois de janvier 1882, et terminés vers la fin de 1885.

Mais ces vingt années n'avaient point été des années perdues : grâce aux médecins de Saint-Louis, à leur initiative, à leurs libéralités, à l'emploi si large et si généreux que M. le Dr Péan a fait, à titre particulier, du talent de M. Baretta, à l'apport par M. le professeur Fournier de la collection qu'il avait fait exécuter à l'hôpital de Lourcine, nos richesses s'augmentaient chaque jour; et si nous pouvons les montrer aujourd'hui avec quelque fierté, c'est à tous ces concours que nous en sommes redevables, à eux et à M. Baretta. Si M. le Dr Lailler n'avait point découvert M. Baretta au fond de sa petite boutique du passage Jouffroy, où il modelait des fruits en carton-pierre, nous aurions pu avoir un Musée aussi considérable par le nombre des pièces, nous n'aurions pas le Musée actuel de Saint-Louis, ce Musée dont le caractère unique fait tant d'honneur à notre pays, et qui a rendu et rendra encore à la science et à l'enseignement tant de services, que d'illustres suffrages ont déjà proclamés.

L'Administration de l'Assistance publique a eu, elle aussi, sa part dans la constitution du Musée de Saint-Louis, et j'ai quelque fierté à m'en prévaloir pour elle devant vous. M. Husson, toujours si préoccupé des intérêts de l'enseignement dans nos établissements hospitaliers, a eu comme administrateur la part prépondérante de cette création, et ce m'est un devoir de faire remonter vers sa mémoire, toujours respectée,

un hommage de reconnaissance, que les médecins des hôpitaux qui ont connu et pratiqué M. Husson ne démentiront pas. C'est M. Husson qui a accueilli M. Baretta, qui a fait inscrire au budget de l'Assistance un crédit de 2,000 fr., mis à la disposition de M. Baretta pour l'exécution de moulages dans tous les hôpitaux de Paris, crédit qui, depuis 1878, a été porté à 4,000 francs. Si M. Husson n'a pas pu assurer au Musée l'installation qu'il rêvait pour lui, il en a formulé les indications, que ses successeurs n'ont eu qu'à suivre.

Quand le Musée de Saint-Louis a été définitivement installé, M. Baretta a été nommé conservateur du matériel de ce Musée, au traitement de 1,200 francs; mais il importe de lui adjoindre un autre conservateur à qui appartiendra la partie scientifique de la tâche, et c'est un progrès qui sera certainement réalisé l'année prochaine, car le Conseil municipal de Paris, toujours généreux quand il s'agit de favoriser les travaux scientifiques ou l'enseignement des médecins des hôpitaux, accueillera avec faveur la proposition que je lui en fais, d'accord avec le Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Messieurs, je vous demande pardon d'avoir si longtemps fatigué votre attention, et de ne vous avoir fait qu'un historique si incomplet des développements de notre Musée; d'avoir plus parlé du bâtiment, qui est ma partie, que des richesses qu'il renferme et qui sont votre domaine; mes omissions pourront être réparées, car si quelques-uns des ouvriers de la première heure, Devergie, Bazin, ne sont plus, beaucoup d'autres, heureusement, sont encore des nôtres, et aujourd'hui au milieu de nous, qui pourront dans le détail vous dire cette histoire qui est la leur. Je ne les nomme pas, de crainte de commettre un oubli, mais tous, je les salue en la personne de votre éminent Président, M. le professeur Hardy, à qui je dois une reconnaissance toute particulière pour l'empressement dévoué qu'il met à répondre aux appels si fréquents que fait mon Administration à sa haute autorité, et je salue aussi Ricord, le maître illustre et vénéré qui reste pour nos hôpitaux de Paris comme le trait d'union entre un passé glorieux et un présent plein de force et de vitalité.

M. le Dr Henri Feulard, secrétaire du Comité d'organisation du Congrès :

Messieurs,

Quand il fut question d'inaugurer avec quelque apparat, et à l'occasion de l'Exposition universelle de 1889, le Musée de l'hôpital Saint-Louis définitivement installé, la pensée de convier nos confrères étrangers,

dermatologistes et syphiligraphes, à venir honorer cette cérémonie de leur présence, se présentait naturellement à nos esprits.

Beaucoup d'entre eux, sans doute, connaissaient déjà nos collections; mais ils les avaient vues reléguées encore dans ces locaux indignes d'elles, dont M. le Directeur de l'Administration vient de vous retracer l'histoire; beaucoup aussi ne les connaissaient pas ou les avaient seulement contemplées à leurs modestes débuts.

L'Exposition aidant, et comptant sur cette attraction universelle qu'exerce cette grandiose et superbe manifestation du travail et du génie de l'homme, nous pouvions espérer que tous les médecins étrangers venant en France, qui s'intéressent aux études dermatologiques et syphiligraphiques, ne quitteraient pas Paris sans visiter le Musée de l'hôpital Saint-Louis.

Essayer de grouper ces visiteurs, de faire coïncider leurs voyages, de prendre sur leurs moments de plaisir un peu de temps pour l'étude, de profiter de la réunion de tant de savants éminents pour essayer d'élucider quelques-unes des questions qui nous intéressent tous : voilà quelle fut l'idée qui a donné naissance à ce Congrès et qui se trouve aujourd'hui réalisée, grâce au concours de toutes vos bonnes volontés.

Ce n'est pas sans quelque sentiment d'amour-propre que nous pouvons dire que le Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie fut un des premiers parmi les Congrès de tous genres qu'a vu éclore cette année 1889.

En effet, Messieurs, je me plais à rappeler que c'est au mois de mai 1888, par une lettre d'invitation encartée dans le numéro des « Annales de dermatologie et de syphiligraphie » de ce mois, que nous fîmes connaître le premier projet du Congrès; il s'agissait seulement de savoir comment une pareille proposition serait accueillie et s'il y avait quelques chances de la faire réussir.

Les réponses avec promesses d'adhésion et les encouragements que nous reçûmes de divers côtés nous montrèrent qu'un tel Congrès était viable, mieux encore qu'il pouvait compter déjà sur le concours des plus éminents dermatologistes de nationalité étrangère.

Et pourtant, les objections que l'on nous faisait alors étaient nombreuses. On nous opposait qu'un Congrès aussi spécial, le premier de ce genre qui se soit jamais assemblé, ne pourrait réunir un nombre suffisant d'adhérents; on nous opposait, en nous montrant ce qui se passait à ce moment pour l'Exposition universelle, que la science française risquait fort d'être tenue à l'écart par les autres pays aussi bien que notre industrie et notre commerce, et que notre Congrès ne serait vraisemblablement qu'un Congrès purement national.

Toutes ces mauvaises raisons sont maintenant évanouies; plus de deux cents spécialistes ont répondu à notre appel, les étrangers sont venus en grand nombre et il suffit de jeter un coup d'œil sur la liste des adhérents pour voir que la haute qualité des personnes l'emporte encore sur la quantité.

Le même élan irrésistible, qui, malgré tous les obstacles, poussait vers notre Champ de Mars, arène pacifique, les travailleurs de presque toutes les nations du monde, amène en France, pour prendre part à tous ces concours scientifiques qui tiennent à présent leurs assises, les plus illustres représentants de la science étrangère dans toutes ses manifestations.

Un premier Comité d'organisation fut donc formé au mois de mai 1888; il se composait des six médecins de l'hôpital Saint-Louis, réunis sous la présidence d'un de leurs doyens, M. le professeur Hardy. Ce Comité me fit le grand honneur de me confier les fonctions de secrétaire, et je me suis efforcé de remplir cette tâche, parfois lourde, avec toute mon ardeur et tout mon dévouement.

Le Comité se mit aussitôt à l'œuvre et, d'abord, il songea à s'assurer dans divers pays le concours de confrères étrangers s'occupant de dermatologie et de syphiligraphie, qui voulussent bien l'aider dans sa tâche et lui faciliter la préparation du Congrès.

MM. les docteurs Bertarelli (Amb.) de Milan; Boeck (César), de Christiania; Dubois-Havenith, de Bruxelles; Fox (Colcott), de Londres; Haslund, de Copenhague; Mayor (A.), de Genève; Morris (Malcolm), de Londres; Morrow (P.-A.), de New-York; Pardo, de Madrid; Petersen, de Saint-Pétersbourg; Riehl (G.), de Vienne; Silva-Araujo, de Rio-de-Janeiro; Welander, de Stockholm; Zambaco, de Constantinople, ont consenti à cet office de bonne confraternité.

Honneur et merci à ces ouvriers de la première heure! A leur confiance dans la réussite finale, à leur dévouement à notre cause, le Congrès doit une grande part de son succès.

Cependant, Messieurs, l'Exposition s'édifiait peu à peu et grandissait, superbe; à la défiance et à l'opposition du début succédaient la confiance et l'enthousiasme; et bientôt s'annonçaient, dans les branches les plus diverses des connaissances humaines, des Congrès internationaux.

L'Administration crut avec raison qu'il y avait intérêt à grouper ces multiples Congrès et à les rattacher à l'Exposition, dont ils formaient à vrai dire, pour le domaine où s'exerce l'activité intellectuelle pure, un complément bien naturel.

Notre Congrès fut donc rattaché aux Congrès de l'Exposition; au Comité primitif vinrent s'adjoindre les médecins et chirurgiens des deux autres hô-

pitaux spécialisés de Paris, l'hôpital du Midi et l'hôpital de Lourcine, et les deux professeurs des Facultés de la province, Lyon et Lille, dans lesquelles l'enseignement dermato-syphiligraphique est officiellement représenté.

Mais le Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie a voulu conserver le caractère particulier et intime qui lui avait été donné au début. Aucune convocation officielle n'a été faite : tout a été laissé à l'initiative privée. Nous avons tenu à éviter le reproche qu'on eût pu nous faire de vouloir nous mettre en opposition avec les grands Congrès médicaux internationaux qui tiennent régulièrement leurs sessions tous les trois ans. Il ne s'agit ici que d'une réunion confraternelle de dermatologistes et de syphiligraphes rassemblés par une occasion sans pareille pour étudier ensemble quelques questions tout à fait spéciales : cela fut notre seule ambition.

Malgré la possibilité qui nous était donnée de tenir une partie de nos séances, comme les autres Congrès, à l'Exposition, nous avons voulu conserver comme lieu de réunion, l'hôpital Saint-Louis; nul autre ne pouvait mieux être choisi que le vieil hôpital d'Alibert, de Biett, de Cazenave, de Devergie et de Bazin; et pouvions-nous avoir un meilleur cadre à nos travaux que cet admirable musée, dont les reproductions fidèles peuvent servir aux démonstrations et éclairer les discussions.

Nous devons donc remercier l'Administration qui a bien voulu nous permettre de conserver le lieu primitivement choisi pour nos séances ; M. le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique qui nous a donné les autorisations nécessaires et toutes les facilités désirables pour organiser dans ces lieux le Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie.

La Municipalité de la Ville de Paris, toujours généreuse quand il s'agit d'aider au progrès scientifique, nous a fourni les moyens de rendre notre lieu de réunion plus digne des hôtes que nous recevions et nous devons lui en exprimer notre reconnaissance (1).

Messieurs, notre président, M. le professeur Hardy, vous dira dans un instant quel intérêt scientifique s'attache à notre Congrès et les résultats heureux que nous pouvons en espérer pour l'avenir de la dermato-syphiligraphie. Ce que je puis vous dire, moi, c'est qu'aujourd'hui déjà le but que nous nous proposions est en partie atteint, à savoir la réunion dans cette antique maison hospitalière, presque vieille de trois cents ans, et consacrée depuis près d'un siècle aux études spéciales que nous honorons, la réunion, dis-je, de tous ces savants éminents, de ces travail-

(1) Le Conseil municipal de la ville de Paris a voté, dans sa séance du 13 juillet 1889, sur la proposition de M. le Dr Levraud, une subvention de 1,000 fr. au Congrès.

leurs de tous les pays qui forment ce que nous nous plaisons à appeler, sans distinction de frontière, la grande famille dermatologique.

Leur apprendre à se connaître et à s'estimer, créer entre eux des sympathies et des amitiés, les inviter à mettre en commun pour l'avenir leurs connaissances spéciales et le fruit de leurs études, voilà quel sera déjà, nous n'en doutons pas, l'un des résultats de ce Congrès.

Pour nous autres Français, votre empressement à vous rendre à notre appel nous touche profondément. Il témoigne de l'estime dans laquelle vous tenez la science française; il témoigne des sympathies que notre cher pays conserve auprès des esprits éclairés du monde entier; il témoigne enfin du désir que, vous aussi, vous avez voulu vous associer à nous pour célébrer, dans la mesure de nos moyens et dans la sphère de notre activité scientifique, la grande fête du travail à laquelle la France a convié tous les peuples.

M. le professeur Hardy, président du Comité d'organisation :

Messieurs,

Ainsi que vient de vous le dire notre Secrétaire général, nous avons pensé que l'Exposition universelle, qui a lieu en ce moment à Paris et qui y attire un grand nombre d'étrangers, constituait une occasion favorable de convoquer pour la première fois, dans un Congrès international, les médecins qui s'occupent de dermatologie et de syphiligraphie. Je vois avec plaisir que notre appel a été entendu et ma première parole doit être pour remercier tous ceux qui ont bien voulu venir à nous de tous les côtés et même de pays très éloignés.

D'ailleurs, outre la circonstance de notre Exposition, le moment nous a paru opportun pour un Congrès de dermatologie et de syphiligraphie. L'étude des maladies de la peau et des affections syphilitiques, laissée longtemps de côté, a pris décidément sa place en médecine, grâce aux travaux importants entrepris depuis quelques années en Europe et en Amérique. Le nombre des médecins qui s'occupent de cette partie de la science médicale est maintenant assez considérable et tend à augmenter. Dans plusieurs pays, il existe des Sociétés Dermatologiques, et à Paris, qui n'en possédait pas, nous venons d'en fonder une qui peut être considérée comme une émanation de notre Congrès. Le courant est donc à la dermatologie, et nous pouvons espérer que le moment n'est pas éloigné où tout médecin instruit ne se sentira complet qu'en connaissant les maladies de la peau, comme on se croit obligé de connaître les maladies des poumons, de l'appareil digestif ou du système nerveux.

Les maladies de la peau sont nombreuses, on les rencontre fréquemment, leur étude est pleine d'intérêt, et on ne comprend pas l'oubli dans lequel on les a laissées si longtemps dans l'enseignement officiel et dans la pratique. La syphilis a été mieux étudiée; on a compris promptement que tout médecin doit connaître les origines, la marche, les caractères symptomatiques, le traitement de l'infection syphilitique. C'est que la syphilis est malheureusement une maladie commune dans toutes les classes de la société et il est impossible de faire de la médecine en ignorant son histoire. Mais n'en est-il pas de même des maladies cutanées, qu'on ne saurait ni reconnaître, ni traiter sans les avoir étudiées.

J'ajouterai que, depuis un certain nombre d'années, on a étendu à l'étude de ces maladies les procédés d'investigation modernes, appliqués à la connaissance des autres états morbides, et que la clinique a appelé à son aide les recherches histologiques et bactériologiques, recherches qui permettent de pénétrer plus avant dans la nature de plusieurs affections et de les faire rentrer sous les lois de la pathologie générale.

Les dermatologistes sont donc au courant de la science et en suivent les progrès. Mais, malgré leurs travaux, il existe encore certaines différences dans la manière de comprendre les maladies cutanées; il y a des questions de nature diversement acceptées, il y a des dissemblances dans la dénomination, il y a des modes de traitement d'une même maladie qui diffèrent suivant les pays. Le moment ne serait-il pas venu de chercher à s'entendre, de tâcher de concilier ces diverses manières de voir, en s'éclairant mutuellement. C'est pour élucider quelques-uns de ces points discutables que le Comité d'organisation du Congrès a cru devoir appeler spécialement votre attention sur les questions qui figurent dans notre programme.

C'est ainsi que nous avons provoqué la discussion sur le genre *lichen*, qui comprend des états pathologiques bien différents d'aspect et de nature, et dont il s'agirait aujourd'hui de constituer définitivement le groupe. Il en est de même des *dermatites exfoliatrices,* dont l'histoire exacte est encore à faire. Le *pemphigus* est également à examiner, pour savoir si l'on ne devrait pas considérer comme espèces distinctes des variétés confondues jusqu'à présent sous cette même dénomination.

Quant au *trichophyton*, son histoire naturelle, ses manifestations, ses modes de contagion sont aujourd'hui bien connus; mais il reste encore du doute sur le meilleur mode de traitement à lui appliquer, traitement qui est loin d'être le même dans tous les pays.

Il y a peu à discuter maintenant sur le mode d'évolution de la syphilis, sur les caractères distinctifs de ses manifestations, sur le choix des agents hygiéniques et thérapeutiques à lui opposer; mais on est loin d'être d'ac-

cord sur la durée du traitement, sur l'opportunité de son application et sur la valeur préventive des médications.

Le Comité vous a demandé également de nous éclairer mutuellement sur les conditions qui paraissent influencer l'apparition des accidents tertiaires.

A propos de toutes ces questions douteuses, nous sommes certains d'entendre ici des communications qui ne peuvent manquer ni d'intérêt, ni d'utilité. Mais à côté de ces sujets de discussions indiqués dans notre programme, je m'empresse de dire que nous avons laissé la porte ouverte à tout autre point de doctrine ou de pratique qu'il plaira à chacun de vous d'aborder, et nous serons très reconnaissants à ceux qui voudront bien faire profiter notre assemblée de leurs recherches particulières; nous savons déjà qu'elles ne nous manqueront pas.

Vulgariser des travaux scientifiques peu connus, élucider quelques questions obscures, faire l'accord sur quelques dénominations mal définies, faire connaître la valeur de divers modes de traitement employés dans certains pays, ignorés dans d'autres, c'est là le but qu'on doit chercher à atteindre dans les Congrès internationaux, et j'espère que celui qu'on inaugure aujourd'hui aura ce résultat.

Mais il est encore un côté moral que doit avoir notre réunion. Presque tous ici nous nous connaissons de nom; nous avons lu nos ouvrages; nous savons les opinions émises par chacun de nous sur certains points scientifiques, mais nous avons à nous connaître personnellement, à échanger nos idées, à nous apprécier mutuellement et, il faut l'espérer, à lier des amitiés qui seront durables. Ne sera-ce pas là encore un résultat bien désirable de notre Congrès.

Messieurs, nous avons placé le siège de notre assemblée dans l'hôpital Saint-Louis, dans les salles de ce Musée dont nous avons le droit d'être fiers, et quelques-uns ont dû trouver que nous vous avons appelés bien loin du centre de Paris, où demeurent la plupart d'entre vous; mais c'est qu'en France, l'hôpital Saint-Louis est la terre classique de la dermatologie ; c'est là qu'on trouve réunis les différents types des maladies cutanées et syphilitiques; c'est, depuis le commencement du siècle, grâce au grand nombre de malades qui y sont admis, une école célèbre d'enseignement dans laquelle nos maîtres en dermatologie ont professé avec éclat. L'hôpital Saint-Louis est connu du monde entier, et je crois pouvoir vous rappeler qu'Alibert avait proposé de placer sur la porte d'entrée cette inscription, un peu ambitieuse : *Urbi et Orbi*, pour indiquer qu'on y recevait les malades de tous pays et qu'on y distribuait l'enseignement aussi bien à nos étudiants nationaux qu'aux étrangers désireux de s'instruire.

Mais, Messieurs, nos ordres du jour sont très chargés, relativement à

la durée de notre Congrès ; je ne veux pas retarder, par des paroles inutiles, le commencement de nos travaux scientifiques et je termine cette courte allocution, comme je l'ai commencée, en souhaitant la bienvenue à tous les médecins étrangers qui sont venus à nous en laissant de côté les idées, peut-être un peu trop étroites, de nationalité, pour se rappeler qu'ils appartiennent tous, quels que soient leur pays et leur mode de gouvernement, à une grande famille scientifique, à la famille médicale, dont il serait désirable de voir tous les membres animés réciproquement des mêmes sentiments d'estime et d'affection.

M. le professeur HARDY : Messieurs, le Comité d'organisation du Congrès a terminé sa tâche aujourd'hui ; il vous remet donc ses pouvoirs en vous priant de nommer un nouveau Comité qui aura la tâche de s'occuper du Congrès jusqu'à sa terminaison et d'en publier les Comptes rendus.

Le même comité est réélu par acclamations.

Notre Congrès doit comporter de nombreuses séances, qui exigeront de nombreux présidents. Le Comité a pensé que ces présidents devaient être choisis parmi les membres étrangers du Congrès et parmi les membres français de la province.

Nous proposons donc à vos suffrages, comme vice-présidents, les éminents savants dont voici les noms :

Professeur DE AMICIS, de Naples ; professeur MC. CALL ANDERSON, de Glasgow; docteur CASTELO, de Madrid; docteur DIDAY, de Lyon; professeur DUHRING, de Philadelphie ; docteur HUTCHINSON, de Londres ; proseur JANOWSKY, de Prague; professeur KALINDERO, de Bucharest ; professeur KAPOSI, de Vienne ; professeur MANASSEI, de Rome; professeur NEUMANN, de Vienne ; professeur OLAVIDE, de Madrid ; professeur P. PELLIZZARI, de Florence ; professeur POSPELOW, de Moscou ; professeur ROSOLIMOS, d'Athènes ; professeur SCHWIMMER, de Budapesth ; professeur TARNOWSKY, de Saint-Pétersbourg ; docteur UNNA, de Hambourg ; docteur JAMES WHITE, de Boston ; docteur ZAMBACO, de Constantinople.

Ces vice-présidents seront toujours assistés au bureau d'un membre du Comité.

Nous vous prions de joindre encore à cette liste, à titre de vice-président honoraire, le nom de notre éminent confrère, Son Excellence MAVROGENY-PACHA, médecin de S. M. I. le Sultan, que ses hautes fonctions et son grand âge retiennent loin de nous.

Ces noms sont accueillis par des applaudissements unanimes et votés par acclamation.

Enfin, Messieurs, il nous reste à élire les secrétaires de nos séances. Nous vous proposons, comme *secrétaires français :*

MM. les docteurs Baudouin, Bruchet, Jacquet, A. Mathieu, Morel-Lavallée, P. Raymond, G. Thibierge, Verchère, tous de Paris et élèves de cet hôpital.

Comme *secrétaires étrangers :*

MM. les docteurs F. Castelo, de Madrid, pour la langue espagnole; Ducrey, de Naples, pour la langue italienne; Pringle, de Londres, pour la langue anglaise; Török, de Budapest, pour la langue allemande.

Enfin, MM. Louis Wickham et Leredde, internes des hôpitaux de Paris, comme *secrétaires-adjoints au secrétaire général.*

Toutes ces nominations sont votées par acclamation.

Le bureau du Congrès se trouve ainsi composé :

Président d'honneur :

M. le Dr Ricord.

Président :

M. le professeur Hardy.

Secrétaire général, Trésorier :

M. le Dr Henri Feulard.

Membres du comité :

MM. Balzer, E. Besnier, Du Castel, A. Fournier, Gailleton, Hallopeau, Humbert, Lailler, Leloir, Mauriac, Pozzi, Quinquaud, Tenneson, Vidal.

Vice-Présidents :

S. E. Mavrogeny-Pacha, *vice-président honoraire;* MM. : prof. de Amicis, prof. Mc. Call Anderson, Dr Castelo, Dr Diday, prof. Duhring, Dr Hutchinson, prof. Janowsky, prof. Kalindero, prof. Kaposi, prof. Manassei, prof. Neumann, prof. Olavide, prof. P. Pellizzari, prof. Pospelow, prof. Rosolimos, prof. Schwimmer, prof. Tarnowsky, Dr Unna, Dr James White, Dr Zambaco.

Secrétaires :

MM. Baudouin, Bruchet, Jacquet, A. Mathieu, Morel-Lavallée, P. Raymond, G. Thibierge, Verchère, *secrétaires français ;*

F. Castelo, Ducrey, Pringle, Török, *secrétaires étrangers;*

Louis Wickham, Leredde, *adjoints au secrétaire général.*

II

Président : **M. Hardy.**

DISCUSSION DE LA QUESTION I.

De la constitution du groupe « Lichen ».

I. — Doit-on, avec les anciens dermatologistes, conserver la dénomination de « *lichen* » à un assez grand nombre d'affections que plusieurs modernes considèrent comme différentes les unes des autres ?

II. — Dans la négative : 1° Quelles sont les affections qu'il faut séparer du groupe et dénommer autrement; 2° Un nouveau *groupe lichen* étant constitué, quelles sont les espèces, formes ou variétés que l'on doit y admettre ?

M. Kaposi (Vienne) : A la question qui nous est posée, il eût été facile de répondre autrefois, quand, avec Willan, on dénommait « lichen » toute éruption en forme de petits boutons. Nous nous servons aujourd'hui encore du mot dans le même sens, et quand nous disons *lichen syphiliticus*, *lichen pilaris*, *lichen urticatus*, *lichen agrius*, nous entendons une éruption syphilitique, urticarienne, etc., formée de petites papules. Nous désignons ainsi une apparence morphologique, mais non une maladie proprement dite.

Hebra, le premier, donna au nom de *Lichen* une valeur nosologique (*einen Krankheits-Begriff*).

Dans une assemblée de dermatologistes, il suffit de rappeler que Hebra, avec le *lichen pilaris*, variété morbide vulgaire et représentant jusqu'à un certain degré un état physiologique, avait encore décrit sous le nom de *lichen* deux autres affections cutanées, le *lichen ruber* et le *lichen scrofulosorum*.

Le lichen ruber a été, dans ces dernières années, l'objet de vives discussions ; les uns niant son existence, d'autres la mettant du moins en doute, d'autres encore en refaisant la découverte, d'autres enfin croyant en trouver la description dans des auteurs plus anciens.

Jusqu'à l'année 1874, nous savions très bien (je veux dire que nous, à Vienne, savions très bien) ce qu'il fallait nommer *lichen ruber*. Mais aujourd'hui, j'en arrive à douter de moi-même en lisant, dans la dernière publication de mon savant confrère et ami M. Besnier, qu'il lui faut différencier le *Pityriasis rubra pilaris* du *lichen ruber acuminatus* des auteurs américains, puis du *lichen ruber acuminatus* de Hebra, enfin du *lichen ruber acuminatus* type Unna. J'apprends donc, non sans surprise, qu'il y a trois espèces de *lichen ruber acuminatus*.

Eh bien ! Messieurs, alors, permettez-moi de compléter la série et d'y ajouter un quatrième *lichen ruber acuminatus*, celui de Kaposi, et de vous dire que celui-là a même précédé tous les autres.

Ce n'est pas pour réclamer la priorité, ni même pour constater ce point d'histoire que je vous rappelle le fait, mais c'est pour prendre pour moi seul la responsabilité de la création du mot, et parce que cela pourra peut-être ainsi éclairer la question.

Jusqu'à l'année 1874, on connaissait seulement le lichen ruber de Hebra. Mais, en 1869, Erasmus Wilson avait décrit une nouvelle forme de maladie cutanée qu'il nommait *lichen planus*. Bientôt étudiée par de nombreux médecins anglais et américains selon la description d'E. Wilson, cette maladie fut désignée seulement par tous ces auteurs sous le nom de *lichen planus*.

C'est seulement dans ses leçons de 1874-1875 que Wilson semble avoir voulu identifier son lichen planus au lichen ruber de Hebra.

Moi-même, j'avais eu l'occasion, à cette époque, d'observer des cas nets de lichen planus, et aussi d'autres cas où il se combinait sur le même sujet avec le lichen ruber.

C'est alors que Taylor, dans un article intéressant qu'il publiait sur le lichen planus, se demandait, en terminant, si ce n'était pas là le lichen ruber.

Je lui répondis en présentant un cas de lichen planus universel dans la séance de la K. K. Gesellschaft der Aerzte de Vienne du 7 décembre 1876, et je déclarai, dans un article publié dans la *Wiener mediz. Wochenschrift*, 1877, n° 35, que ce que Hebra avait décrit comme lichen ruber n'était pas la forme morbide décrite par les Anglais et les Américains ; mais que, d'après mes observations, il s'agissait de deux formes différentes d'une même maladie : le *lichen ruber*; qu'elles se trouvaient généralement à l'état de type pur isolé, mais qu'on pouvait les rencontrer, dans quelques

cas, combinées sur le même individu, et alors je proposai, pour les distinguer, de donner à la forme décrite par Hebra le nom de *lichen ruber acuminatus* et à celle des auteurs anglais le nom de *lichen ruber planus*.

Jusqu'à ce jour-là, la désignation de *lichen ruber acuminatus* n'existait pas. J'ai donc le droit de me déclarer responsable de cette création et aussi d'avoir formulé la théorie de l'identité entre les deux formes.

Hebra consentit lui-même à cette idée et permit que dans la deuxième édition de notre ouvrage écrit en commun, je fisse une intercalation dans le premier texte relatif au lichen ruber dans le sens d'un *lichen ruber acuminatus*, qui était la forme décrite originairement par Hebra et d'un *lichen ruber planus*, la forme des auteurs anglais.

Si l'on trouve que cette intercalation aurait dû être plus étendue et détaillée, je donnerai comme excuse la difficulté que j'éprouvais de faire une intercalation un peu étendue sans bouleverser trop le premier volume de cet ouvrage écrit originalement par Hebra et auquel je devais conserver le cachet de son auteur.

Il résulte donc que le nom de lichen ruber acuminatus, proposé par moi, s'adaptait au lichen ruber primitivement étudié par Hebra.

Si l'on s'était donc attaché au sens que j'ai donné à ce mot, il est clair qu'il n'y aurait pas à discuter aujourd'hui s'il existe un lichen ruber acuminatus des Américains ou un lichen ruber acuminatus de Unna.

J'aborde maintenant le fond de la question :

Je fais passer sous vos yeux une série de six dessins représentant des cas de *lichen ruber acuminatus* observés par moi et datant du temps de Hebra. Ce sont les témoins fidèles de l'existence réelle de cette dermatose. Ils représentent des cas encore au début ou du moins des cas de moyenne intensité et il me manque seulement la reproduction d'un cas d'extension universelle. Si j'avais pu penser que cette maladie deviendrait ainsi dans l'avenir l'objet d'une discussion, j'aurais pu aussi bien vous en fournir une représentation.

Ces dessins me dispensent de vous citer les principaux signes de cette maladie bien connue de tous après l'œuvre de Hebra. On y voit très bien marquées les petites papules rouges coniques, recouvertes d'une élevure blanche formée par des squames épidermiques, les papules discrètes ou disposées en lignes ou en raies, ou encore disséminées sur de plus larges surfaces et donnant à la peau l'aspect de la chair de poule, et, au toucher, la sensation d'une râpe, puis des rougeurs et des infiltrations étendues encadrées de papules semblables, squameuses ou profondément sillonnées, épaisses et dures, l'état crevassé de la plante des pieds et de la paume des mains, et des plis de flexion au niveau des articulations des doigts, la disposition en groupes et en cercles des papules sur la face dorsale

des phalanges des doigts, la dégénérescence des ongles, l'ectropion des paupières, l'alopécie du cuir chevelu, l'atrophie des poils et des sourcils. Il va sans dire qu'avec un tel état se combinent des symptômes subjectifs : démangeaisons, frissons, insomnie, etc.

Dans les cas généralisés, la peau entière offre cet aspect : elle est partout d'un rouge foncé, épaissie, sèche, crevassée, peu squameuse.

Dans un cas, j'ai vu sur l'abdomen un îlot de peau d'une largeur d'une pièce de 5 francs, respecté, et bordé de plusieurs cercles de papules caractéristiques, tandis que la peau entière avait été altérée.

Dans un autre cas généralisé, on voyait sur la peau rouge, rugueuse et squameuse, les follicules très élargis et contenant des bouchons épidermiques gros comme des crayons.

Cette forme est donc indiscutable pour moi; il en était de même pour tout le monde jusqu'à ces dernières années.

Les observations de lichen ruber planus étant très fréquentes, tandis que celles de lichen ruber acuminatus sont devenues très rares, l'attention s'est surtout concentrée sur le premier, et bientôt l'on a pu voir d'érudits travailleurs comme M. Brocq et M. Rona, faute d'avoir vu un seul cas de lichen ruber acuminatus, ne pas hésiter à déclarer qu'ils ne croyaient pas à l'existence de cette forme morbide, et que le lichen ruber planus était le seul lichen ruber.

Dans ces derniers mois, la question a complètement changé de face. Taylor a dit qu'il avait observé deux cas de lichen ruber acuminatus (quatre autres appartenant à d'autres observateurs), et que c'était à cette forme qu'il convenait d'attribuer le nom de lichen ruber, le lichen plan ne devant plus être considéré comme lichen ruber. Cette doctrine fut énoncée solennellement par Piffard, puis par Robinson dans son article bien connu et à la dernière réunion des dermatologistes américains à Washington.

Mais la plus grosse difficulté dans cette question provient, à mon sens, des travaux récents de nos confrères français, et de la constitution du pityriasis rubra pilaire.

Vous avez tous présents à l'esprit le remarquable travail critique que notre éminent collègue, M. Besnier, vient de publier dans les *Annales de dermatologie*, et qui a pour objet l'étude du PITYRIASIS RUBRA PILAIRE. Cette maladie, dont il a recherché et retrouvé des observations dans les auteurs anciens, et dont il nous présente plusieurs récentes observations, il la déclare absolument différente de mon lichen ruber acuminatus, c'est-à-dire, comme je viens de l'expliquer, du lichen ruber de Hebra.

Eh bien, messieurs, en contemplant la planche annexée à l'article de

Taylor, en la comparant aux dessins que j'ai ici et à mes propres observations, en contemplant les moulages de pityriasis pilaire qui sont dans les vitrines de ce musée, je ne doute pas que le cas relaté par Taylor ne soit un cas de lichen ruber acuminatus. Si je fais la même étude comparée pour le cas de C. Boeck, qu'il a intitulé *pityriasis pilaris*, pour les observations de Besnier et celles des auteurs qu'il cite, je m'avoue incapable de les distinguer de mon lichen ruber acuminatus, c'est-à-dire du lichen ruber Hebra. Mieux encore, je reconnais, dans ces cas, des cas classiques de lichen ruber acuminatus, et je n'hésite pas à les déclarer tels, parce qu'ils ont été très bien relatés par ces auteurs.

Les manifestations cutanées, la forme et la constitution des petites papules et de leur cône épidermique dur, la production d'infiltrations diffuses par rapprochement et confusion des papules, la formation de dermatites diffuses aiguës avec desquamation ou exfoliation et même exsudation séreuse ou pemphigoïde, qui amène l'épaississement de la peau, la façon dont l'éruption se généralise, tout, en un mot, est d'accord avec ce que nous connaissons de la manière d'être du lichen ruber acuminatus.

Les lésions histologiques sont aussi les mêmes. Si Besnier, Robinson et d'autres attribuent le rôle principal à l'hyperkératose, et prétendent que l'hypérémie et l'infiltration cellulaire du corps papillaire sont seulement consécutives, c'est la même divergence qui existe déjà à propos du psoriasis. Car pour moi, dans les deux maladies, c'est au contraire l'hypérémie et l'infiltration qui tiennent la première place, tandis que l'hyperkératose est consécutive. Mais il est encore une chose sur laquelle nous ne sommes pas encore éclairés, malgré le grand nombre d'examens qui ont été faits depuis Hebra et Neumann jusqu'à présent : c'est l'espèce de métamorphose dégénérative, que subissent les produits inflammatoires, les cellules et les tissus qu'elles infiltrent, dégénérescence qui conduit à l'atrophie et qui peut être la cause du marasme qui se manifeste à la période ultime de la maladie. Cette dégénérescence me paraît jouer un rôle capital dans l'évolution du lichen ruber. Et ce point essentiel, les examens histologiques ne nous en ont pas encore livré la raison.

Messieurs, je désirerais faire une remarque au sujet de ce qu'a dit M. Besnier, que le marasme et la mort manquaient à l'évolution du pityriasis rubra pilaire, tandis qu'ils se trouvaient dans celle du lichen ruber acuminatus.

Je n'ai pas connu les treize premiers cas de Hebra, qui eurent une issue fatale; mais les cas qui suivirent ont été guéris par l'arsenic. J'ai observé, il est vrai, deux cas mortels, deux malades qui, après avoir été améliorés par la médication arsenicale, cessèrent le traitement. Le der-

nier cas date de l'année 1887. Mais j'ai vu aussi plusieurs malades chez lesquels le marasme était déjà fort avancé, s'améliorer et guérir par le traitement arsenical dans l'espace d'une année, d'une année et demie. Mais, dans ces cas, l'éruption était généralisée ou presque généralisée. Tant que l'éruption reste limitée, que les papules sont isolées les unes des autres, la période de déchéance reste éloignée.

Je résumerai donc ce que j'ai dit sur le lichen ruber acuminatus :

1° Le lichen ruber Hebra, c'est-à-dire mon lichen ruber acuminatus existe dans la forme et dans l'essence (*bedeutung*) décrites originairement par Hebra;

2° Cette affection diffère absolument du pityriasis rubra de Hebra;

3° Les formes morbides décrites par Besnier, Bœck et d'autres auteurs antérieurs ou contemporains, sous le nom de pityriasis pilaris ou pityriasis rubra pilaire (Besnier) sont identiques à mon lichen ruber acuminatus, du moins autant que les descriptions et les dessins publiés peuvent me le faire juger, mais en réservant mon opinion pour le cas où j'aurais l'occasion de voir l'affection sur un sujet vivant.

Quant à ce que j'ai à dire sur le lichen ruber planus, ce sera vite fait, cette maladie étant bien connue de tous. Je le résumerai seulement en quelques propositions sur lesquelles je veux insister :

1° Le lichen planus est un lichen *ruber* planus, pour des raisons que j'ai développées en 1876 et que je cite seulement, parce que j'ai vu sur le même malade, sur certaines régions, le lichen ruber acuminatus et le lichen planus; parce que la forme acuminée se transforme en forme plane pendant l'évolution de l'infiltration et des squames, sous l'influence de l'arsenic; parce qu'enfin les changements histologiques sont les mêmes pour tous les deux, de même que leur marche et leur thérapeutique.

J'ai vu plusieurs de ces cas mixtes; on pourra en lire un qui a été publié dans les Rapports de l'Hôpital général de Vienne, 1884, p. 87. En ce moment, je soigne à Vienne un malade qui présente depuis quatre mois sur le tronc, les extrémités supérieures, les fesses, les cuisses, une éruption type de lichen ruber acuminatus, avec larges surfaces de dermatite exsudative et exfoliante, tandis que le pénis entier et beaucoup d'autres endroits du corps offrent des papules de lichen plan en grand nombre et de formes variées;

2° L'infiltration cellulaire qui existe dans le lichen ruber planus, d'après mes examens histologiques comme d'après ceux de Taylor, Robinson, Besnier, etc., peut augmenter à tel point qu'il en résulte des formes extraordinaires. Ainsi peut s'expliquer cette curieuse variété que j'ai nommée *lichen ruber moniliformis*, et dont voici un dessin : chez cet autre malade de ma clinique dont voici le portrait, vous pouvez constater

un développement excessif des plaques au front et sur le tronc, à un degré tel que ces tuméfactions rappellent les tumeurs du mycosis fungoides;

3° On peut observer, au lieu des papules isolées, une dermatite diffuse exfoliative dans les deux formes, lichen acuminatus et lichen planus.

4° Il y a des cas qui, par suite de l'excès de l'hyperkératose ou mieux par la combinaison d'un excès de l'infiltration cellulaire du tissu papillaire avec l'hyperplasie épidermoïdale des follicules, ressemblent à l'icthyose, et pour lesquels le nom de *kératose folliculaire* ne serait pas sans raison. C'est alors surtout à la paume des mains et à la plante des pieds qu'on l'observe, sous forme de callosité diffuse comme celle des cors, tandis qu'on retrouve sur les bords les papules discrètes et caractéristiques. Au front, au nez, aux joues, au menton et en d'autres endroits, on observe des amas de papules brunes, dures, verruqueuses, dont le cône est formé par une masse épidermoïdale dure, graisseuse, friable, qui, à n'en pas douter, correspond à l'orifice élargi d'un follicule. J'ai, en ce moment, en traitement, deux cas de ce genre, l'un chez un jeune homme de dix-huit ans, l'autre sur un sujet de trente-deux ans.

Quant à la fréquence du lichen ruber, il est bien difficile de l'établir avec une statistique. Tantôt les cas se présentent plusieurs à la fois; tantôt ils se font rares. Le lichen ruber planus est plus fréquent que le lichen ruber acuminatus.

Cette année-ci, depuis janvier jusqu'à présent, j'ai eu, en ville, seize cas de lichen ruber planus, tous chez des sujets du sexe masculin, tandis que dans ma clinique j'en ai seulement vu depuis deux ans dix cas (sept hommes, trois femmes); cette rareté à l'hôpital s'explique par ce fait que la plupart des malades ne cessent pas leurs occupations.

Quant au lichen ruber acuminatus, j'en ai vu cinq cas depuis l'année 1884, deux à l'hôpital, trois dans ma clientèle privée.

La seconde dermatose qui porte le nom de lichen est le *lichen scrofulosorum* de Hebra, et dont voici huit reproductions en dessins. Cette affection n'a rien de commun avec le lichen ruber.

Je n'ai rien à ajouter à ce que j'en ai déjà dit dans mes leçons, et je n'insiste pas.

En dehors du *lichen ruber* et du *lichen scrofulosorum*, aucune autre affection cutanée ne mérite le nom de lichen. Le nom doit rester attaché à une maladie, et non servir à qualifier toutes les éruptions formées de papules. Que nous continuions à nommer *lichen pilaris* cet état presque physiologique et bien connu de la peau chez certains sujets, cela est un abus de langage usuel comme nous en commettons souvent. En revanche, l'expression *lichénoïde* pourra être employée comme épithète et

accolée aux mots eczéma, urticaire, syphilide, et servir à désigner une variété papuleuse à petites papules de chacune de ces dermatoses. Ici je ne suis donc pas d'accord avec mon confrère et ami M. Vidal, quand il propose de nommer le prurigo de Hebra *lichen agrius*. Car, dans cette maladie, ce n'est pas le caractère éruptif papuleux qui en fait la physionomie, mais le développement et la marche qu'elle prend avec son début dès la première année de la vie, son siège à la face externe des membres, sa durée pendant la vie entière, le prurit intense qui l'accompagne et les grattages qui en sont la conséquence.

De cette communication que je m'excuse d'avoir fait si longue, il résulte ceci, que pour moi, deux maladies seulement doivent porter le nom de lichen :

1° *Lichen ruber :* A, *acuminatus*, B *planus*.

2° *Lichen scrofulosorum*.

Dr Allan Jamieson (Édimbourg) : I agree with Kaposi that the term Lichen ought to be applied exclusively to a definite group of dermatoses in which the only *primary* lesions present are solid, persistent papules. Therefore the diseases described as L. simplex, L. strophulus, L. tropicus, L. pilaris, L. urticatus, L. agrius and L. syphiliticus ought not to be considered as forms of Lichen. Nevertheless, the primary papules may undergo *secondary*, *accidental* changes; thus scratching, or other forms of irritation may produce further inflammatory changes (e. g. occasional occurrence of vesication), or the close aggregation of papules may give rise to much elevation and induration (L. hypertrophicus et verrucosus).

I cannot, however, accept the views of Kaposi as to the identity of Pityriasis rubra pilaris of Devergie with Hebra's Lichen ruber acuminatus. How can one explain 1) the absence of marasmus, 2) the total uselessness of arsenic and, 3) the slight amount of baldness produced by Pityriasis rubra pilaris as contrasted with Lichen ruber acuminatus in these respects? I nevertheless, regret the epithet *pilaris*, as the disease occurs on non-hairy harts (e. g. the palms) and I regard it as a misnomer.

I also somewhat differ from Kaposi with regard to Lichen scrofulosorum ; in Scotland the disease usually affects children. I am inclined to think it is a lichen circumscriptus modified by the strumous diathesis. I also consider that so-called Pityriasis rosea is identical with Lichen circumscriptus, which I regard as a special form of true lichen ; herein I differ from Unna, who considers it as an Eczema seborrhoicum, and from the Americans who describe it as seborrhœa corporis. I find that

it is curable by purely local means, especially by sulphur and salicylic acid (1).

M. Hallopeau (Paris) : Il semble résulter des termes mêmes dans lesquels est conçue la question qui nous occupe, que la *dénomination de lichen ne répond à aucun état morbide défini*. On décrit en effet en nosologie des *maladies*, c'est-à-dire des types formant espèces, telles sont la syphilis et la gale ; on décrit des *affections*, c'est-à-dire des états ayant pour caractère commun de résulter d'un même processus, tels sont l'urticaire, l'érythème, l'eczéma ; on ne décrit pas de groupes morbides. En réalité, si l'on étudie les diverses définitions que les auteurs ont données du lichen, on peut se convaincre qu'aucune d'elles n'implique un état nettement déterminé ; le fait dominant, c'est la nature papuleuse de l'éruption ; or, celle-ci n'a rien de caractéristique, car l'on sait que des altérations de nature diverse peuvent avoir pour résultat la formation d'une papule : c'est ainsi que les lésions pilo-sébacées de la maladie appelée par Hebra et Kaposi *lichen scrofulosorum* ne peuvent être les mêmes que celles du lichen planus, puisque ces dernières se rencontrent dans des régions dépourvues de poils, telles que les paumes des mains et la muqueuse buccale.

Ni Bazin, en disant qu'il s'agit de papules *particulières*, ni Hebra, en disant qu'elles se comportent d'une manière *typique*, ne parviennent à les définir, car ni l'un ni l'autre ne spécifie en quoi consiste ce caractère particulier ou typique, et, en fait, l'on voit les papules d'affections

(1) Je suis d'accord avec Kaposi que le mot lichen ne doit être appliqué qu'aux dermatoses dont les seules lésions primaires sont des papules solides et persistantes. Pourtant les papules primaires peuvent subir des altérations secondaires, accidentelles. Ainsi des signes inflammatoires plus avancés — par exemple la production de vésicules — peuvent quelquefois résulter du grattage, ou des plaques très élevées et indurées peuvent résulter de l'agrégation serrée des papules (Lichen hypertrophicus et verrucosus).

Je ne partage point l'opinion de Kaposi que le pityriasis rubra pilaris de Devergie soit identique au lichen ruber acuminatus de Hebra. L'absence de marasme, l'inutilité absolue de l'arsenic et le degré minime d'alopécie que produit le pityriasis pilaris sont un contraste frappant avec le lichen acuminatus. L'épithète *pilaire* est néanmoins regrettable, puisque la maladie se présente sur les parties où il n'y a pas de poils, par exemple sur les paumes des mains.

Je ne suis pas non plus de l'avis de Kaposi au sujet du lichen scrofulorosum. En Écosse, il se présente presque toujours chez les enfants, et je pense que c'est un lichen circumscriptus modifié par la diathèse scrofuleuse. Je considère aussi la pytyriasis rosé, comme la même chose que le lichen circumscriptus qui je pense devrait être admis comme forme spéciale de lichen. En ceci, je diffère de Unna, qui le prend pour un eczéma seborrhoicum, et des Américains, qui le décrivent comme seborrhoea corporis. Je le guéris facilement avec du soufre et de l'acide salicylique.

appelées lichens par tous les auteurs, revêtir les aspects les plus divers ; c'est ainsi que les aspérités du lichen tubéreux corné diffèrent essentiellement par leurs caractères objectifs des plaques du lichen plan, bien qu'il s'agisse de la même maladie.

On ne peut davantage admettre avec Hebra que le lichen soit constitué par des papules ne subissant pendant toute leur durée aucune transformation en efflorescences d'un ordre plus élevé, car, ainsi que nous l'avons fait remarquer antérieurement, on voit, par la description même du professeur Kaposi, que les papules du lichen scrofulosorum peuvent être surmontées d'une petite pustule, et le même auteur a vu comme Baker, Lavergne, Unna, Roña et nous même, l'éruption du lichen plan devenir bulleuse.

La séparation des affections papuleuses en lichenoïdes et non lichenoïdes, est donc en réalité tout à fait arbitraire : c'est ce qui explique les divergences qui existent à cet égard entre les auteurs. Toutes les classifications sont passibles de l'objection fondamentale que nous venons de leur opposer : elles réunissent sous un même nom des états morbides qui n'ont de commun que leur apparence morphologique ; ajoutons que ces états peuvent être, à l'exception d'un seul, rattachés à d'autres types. Nous sommes amenés ainsi à considérer comme artificiels les groupes admis par les auteurs ; c'est donc à juste titre, suivant nous, que M. Besnier a insisté sur la déplorable confusion qui naguère régnait parmi les dermatologues les plus autorisés au sujet de cette affection, et que M. le professeur Hardy avait proposé, à une époque où le lichen plan n'était pas connu, de rayer le lichen du cadre nosologique.

Les lichens *simples* et *circonscrits* peuvent être, en effet, regardés comme des formes particulières d'eczéma ; le lichen *pilaire* se rattache soit au pityriasis pilaire, soit à l'ichthyose, soit à la xérodermie ; le lichen agrius, lichen polymorphe ferox de M. Vidal est généralement classé parmi les prurigo, et M. Leloir vient d'établir que ses papules diffèrent essentiellement, dans leur structure, de celle du lichen ; le lichen *acnéique* de Weyhl, les lichens *circumscriptus* et *circinatus* des auteurs anglais ne sont autres que l'*eczéma acnéique* de M. Lailler, l'*eczéma flanellaire* de M. Besnier, dont Unna a démontré la nature séborrhéique. Nous avons grande tendance à rapprocher de ce dernier le *lichen scrofulosorum* de Hebra ; il ne serait autre que sa manifestation chez les jeunes sujets scrofuleux.

Cette maladie, fréquente à Vienne, n'est pour ainsi dire jamais diagnostiquée à Paris ; ce fait ne peut s'expliquer que par une différence de langage. Selon toute vraisemblance, nous faisons rentrer dans l'eczéma ce que M. Kaposi appelle lichen scrofulosorum. Cette confusion

s'explique d'autant mieux que, comme nous venons de le voir, les eczémas séborrhéiques offrent souvent l'aspect lichénoïde.

Nous arrivons ainsi, par élimination, à réduire à une seule espèce tout le groupe autrefois si complexe du lichen et à réserver ce nom à la maladie de Wilson, que nous nous proposons d'appeler simplement lichen, car les dénominations de *lichen ruber* et de *lichen planus* ne peuvent plus lui convenir : l'épithète de *ruber* ne saurait, en effet, entrer dans la définition d'une éruption qui peut être décolorée ; il en est ainsi dans la forme dont M. Kaposi a fait connaître un cas et que nous avons décrite sous le nom de lichen *atrophique* ou lichen *scléreux*, et, d'autre part, la qualification de *planus* ne peut s'appliquer au type de Wilson, mais seulement à l'une de ses variétés, puisque l'on doit admettre, avec Unna, un lichen *obtusus* et un lichen *acuminatus*, avec Vidal un lichen *tubéreux corné*, avec Lailler un lichen *verruqueux*, avec le professeur Kaposi, un lichen *en collier de corail.*

On ne doit pas dire enfin qu'il s'agit d'une maladie à marche *essentiellement chronique*, car Lavergne, Rona et nous-même en avons décrit ou observé des *formes* et des *poussées aiguës;* on les trouve représentées dans plusieurs de nos moulages; incomplètement décrites, elles méritent à un haut degré l'attention, car leur connaissance pourra peut-être élucider un des problèmes les plus discutés de la dermatologie; nous voulons parler de la nature de la maladie décrite sous le nom de *lichen ruber acuminatus;* sans doute, la plupart des faits publiés sous ce nom doivent être, comme l'ont montré MM. Besnier et Brocq, rattachés au pityriasis rubra pilaris de Devergie-Richaud-Besnier; mais on ne peut nier, d'autre part, que d'autres cas, et en particulier plusieurs de ceux qui ont été observés par MM. Unna, Bœck et von Düering, n'en diffèrent. Or, si nous considérons que, dans ces derniers, l'éruption érythémateuse et acuminée a plusieurs fois fait place, au bout d'un certain temps, à une éruption de papules planes, et si nous tenons compte du polymorphisme du lichen de Wilson, nous arrivons à conclure qu'il s'agit là d'une forme aiguë de cette maladie.

Nous résumerons cette discussion dans les conclusions suivantes :

1° *Le groupe lichen est artificiel.*

2° *C'est arbitrairement qu'on y fait rentrer diverses affections qui n'ont de commun que l'aspect papuleux de leurs éléments.*

3° *On devra ultérieurement substituer au mot lichen des dénominations tirées de l'anatomie et de la physiologie pathologiques.*

4° *Les maladies actuellement confondues sous ce nom peuvent être rattachées à d'autres types, à l'exception de celle qu'a décrite Wilson; c'est cette*

dernière seule qu'il convient aujourd'hui d'appeler lichen; elle constitue une espèce morbide.

5° *La qualification de lichen planus n'est plus applicable qu'à une variété de cette maladie. On doit en admettre une forme aiguë et une forme chronique, et distinguer dans cette dernière les variétés décrites sous les noms de lichens planus, obtusus, acuminatus, tubéreux corné,* en *collier de corail* et *scléreux.*

6° *La forme aiguë comprend une partie des faits publiés sous le nom de lichen ruber acuminatus.*

M. Hans von Hebra (Vienne) : Je ne puis admettre que le pityriasis rubra pilaire et le lichen ruber soient une seule et même maladie : je proteste de toutes mes forces contre une telle assimilation que mon père n'aurait jamais faite. Mon père a fait connaître le lichen ruber, qui est une maladie très grave; dans les exemples qu'il a observés comme dans ceux que j'ai vus moi-même, il y avait de l'albuminurie, des démangeaisons empêchant le sommeil, en un mot des accidents très sérieux; aussi le lichen ruber peut-il se terminer par la mort, et comme on ne pensera pas que les premiers quatorze cas aient été tués, il faut dire que ce doit être le traitement qui les sauve maintenant.

Au contraire, tous les auteurs qui ont écrit sur le pityriasis rubra pilaire, depuis Devergie jusqu'à notre éminent maître, M. Ernest Besnier qui lui a consacré un si important mémoire, insistent sur ce fait, que cette maladie n'entraîne aucun trouble important de la santé générale.

Il y a donc, dans le pronostic des deux maladies, une différence considérable. La différence n'est pas moindre en ce qui concerne les lésions anatomiques : l'élément papuleux du lichen ruber provient toujours du chorion et y réside, tandis que l'élément du pityriasis rubra pilaire provient toujours de l'épiderme, même seulement de la couche cornée : le premier marche, pour ainsi dire, de bas en haut, le second de haut en bas, et s'il y a une certaine ressemblance dans les caractères extérieurs, elle est seulement le fait de phénomènes secondaires qui ne peuvent sérieusement servir à baser une identité de nature.

En troisième lieu, le lichen ruber s'accompagne souvent de lésions de la muqueuse buccale, parfois de lésions de la muqueuse vaginale, que l'on n'observe jamais dans le pityriasis rubra pilaire.

De plus, lorsque la maladie arrive à la guérison, il se produit une pigmentation de la peau au niveau des points occupés par les éléments du lichen ruber, tandis que dans le pityriasis rubra pilaire, on voit seulement se produire de fines squames épidermiques sans pigmentation.

Enfin, le pityriasis rubra pilaire n'a jamais la marche aiguë du lichen ruber acuminé, qui se produit parfois dans l'espace de quelques semaines.

Pour toutes ces raisons, je suis forcé de rejeter toute assimilation entre le pityriasis rubra pilaire et le lichen ruber.

M. C. Bœck (Christiana) : Je suis également persuadé de la distinction des deux maladies, *pityriasis pilaire* et *lichen ruber acuminatus.* Il y a des particularités spéciales qui peuvent servir à différencier les deux affections. Les plaques rouges ou les grands espaces rouges du pityriasis pilaris sont souvent lisses, brillants, comme argentins, et donnent au toucher la sensation d'une peau souple, soyeuse souvent, aussi fine que la peau normale. Il n'y a là aucune identité avec ce que Hebra a décrit de l'état chagriné de la peau dans son lichen ruber. De plus on peut, dans le pityriasis rubra pilaris, détacher avec l'ongle de grands lambeaux d'épiderme. Cette desquamation, par larges lambeaux, est même une des caractéristiques de la maladie. Dans le lichen ruber, c'est le contraire qui a lieu ; et quiconque a pratiqué l'étude histologique du lichen ruber sait combien habituellement les couches superficielles de l'épiderme sont solidement et intimement unies dans cette maladie.

Dans le pityriasis pilaire, il arrive souvent que les éléments éruptifs restent pâles pendant la plus grande partie de la durée de la maladie, et je ne crois pas que Hebra eût appliqué à cet élément de couleur pâle l'épithète « *ruber* ». Je pense que le pityriasis rubra pilaire est maintenant un des processus les mieux étudiés en dermatologie.

M. le Président : L'heure étant très avancée, je vais lever la séance et remettre la continuation de cette discussion à la séance qui aura lieu cette après-midi.

Afin de vous laisser plus de liberté à la fin de la journée et de vous permettre d'utiliser votre temps le mieux possible, nous avons pensé qu'il valait mieux que les séances du soir aient lieu le plus près possible de celles du matin.

Nous vous proposons donc que ces séances aient lieu de une heure à trois heures et demie, au lieu du moment fixé primitivement dans le Règlement, qui était de trois à six heures. (*Adopté.*)

La séance est levée.

LUNDI, 5 AOUT 1889. — Séance du soir.

Président : M. **Hardy**.

CONTINUATION DE LA DISCUSSION SUR LA QUESTION I.

M. Neumann (Vienne) : Je réserve seulement le nom de lichen au lichen ruber planus et au lichen scrofulosorum. Je suis d'accord avec la classification de Hebra ; seulement la forme désignée sous la dénomination de lichen planus mérite une mention et un historique spéciaux.

Je l'ai désignée dans la troisième édition de mon livre (elle était inconnue chez nous), sous le nom d'*herpes chronicus*, puis plus tard sous celui de *dermatitis circumscripta herpetiformis*. Ces appellations étaient pour moi identiques à celle de *lichen planus* donnée par Wilson. C'est ce dernier auteur qui a le premier décrit cliniquement cette maladie ; mais je crois avoir été le premier à l'étudier au point de vue anatomique et à prouver qu'on pouvait la guérir avec un traitement local.

M. Unna (Hambourg) : Nachdem wir eben von Kaposi gehört haben, dafs er keinen Unterschied zwischen den aus Frankreich beschriebenen Fällen von Pityriasis rubra pilaris und seinem Lichen ruber acuminatus findet, so kann die Identität des Lichen ruber acuminatus Kaposi mit dem Lichen ruber Hebra nicht mehr aufrecht erhalten werden. Der Lichen ruber acuminatus Kaposi ist fortan nur als eine weitere Benennung der früher beschriebenen Pityriasis rubra Devergie aufzufassen. Damit sind aber die schweren Fälle des alten Hebra, welche seiner Beschreibung in der ersten Auflage seines Werkes zu Grunde liegen, nicht aus der Welt geschafft; sie müssen vielmehr durch neue Untersuchungen in ihr Recht gesetzt werden. 1884 habe ich versucht die Lücken, welche Hebra in bezug auf die Anfangsstadien seiner Krankheit gelassen, auszufüllen. Ich war damals der naiven Meinung, dafs in allen Ländern wohlcharakterisierte Fälle von Hebra Lichen ruber wohlbekannt seien. Ich suchte deshalb nicht sowohl die typischen Fälle als vielmehr die irgendwie eigentümlichen aus der Hamburger Epidemie von 1881—1883 aus. Es war nicht richtig von Robinson, nur den allerleichtesten Fall von

den meinigen als meiner Ansicht nach typischen zu citieren. Meine Fälle waren durchweg schwere, und ich würde nie gewagt haben die Diagnose in jenen leichten Fällen zu stellen, wenn ich nicht zu gleicher Zeit eine ganze Serie typischer schwerer Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt hätte. Ich mufs, da meine Fälle in allen ihren klinischen Symptomen auf den Lichen ruber Hebra passen, die von mir beschriebene Form als identisch mit dem ä lteren Hebraschen Lichen ruber und als grundverschieden von dem jetzigen Lichen ruber acuminatus Kaposi (Pityriasis rubra pilaris Devergie) erklären. Da der Beiname « acuminatus » erst von Kaposi eingeführt ist, jetzt aber von ihm auf eine von der Pityriasis rubra pilaris Devergie nicht zu unterscheidende Krankheit augewandt wird, so ziehe ich den *Namen* acuminatus für meine Form zurück und nenne sie der neurotischen Symptome wegen *Lichen ruber neuroticus.*

Es erübrigt mir nur noch, einiges gegen die Verwechslung von diesem echten Lichen ruber neuroticus mit jenen Lichen planus Fallen zu sagen, welche sich durch die Massenhaftigkeit und Kleinheit der Papeln und durch die Akuität ihres Auftretens auszeichnen. Ich habe im letzten Jahre in meiner Klinik 4 Fälle derart geschen. Alle zeigten neben gewöhnlichen Planuspapeln eine Menge ganz kleiner, fast punksförmiger Papeln, aber trotzdem handelte es sich lediglich um eine universelle miliare akutere Form des Wilson schen Lichen, nicht den Hebraschen und um eine Misch form mit diesem, weil die nervösen Symptome des letzteren fehlten und auch im weiteren Verlaufe die Tendenz zum Marasmus ausblieb. Die Extensität und Akuität allein begründet also nicht die Diagnose Lichen ruber Hebra (neuroticus Unna), sondern das Befallensein anderer Organe aufser der Haut (Nervensystem, ähnlich wie bei der Lepra) (1).

(1) Nous avons entendu dire par M. Kaposi, qu'il n'y a aucune différence entre les cas désignés en France sous le nom de pityriasis rubra pilaris et le lichen ruber acuminé. Après cette déclaration, on ne peut plus soutenir l'identité du lichen ruber d'Hebra avec le lichen ruber acuminé de Kaposi. Ce dernier doit être regardé comme une dénomination ultérieure du pityriasis rubra pilaris (Devergie), qui était décrit plus tôt. Mais on n'a pas encore le droit de prononcer le même jugement sur les cas graves de Hebra qui lui ont fourni la base de sa première description. J'ai essayé, en 1884, de compléter la description du lichen ruber, type Hebra, par la publication de certains cas qui n'étaient qu'au commencement de leur évolution. J'ai eu alors l'opinion — je l'avoue, un peu naïve — que des cas bien caractérisés du lichen acuminé, type Hebra, seraient bien connus partout. Voilà pourquoi, au lieu de faire connaître les cas les plus typiques qui se sont produits lors de l'épidémie de Hambourg (1881-1883), je n'ai publié que ceux qui étaient remarquables par des particularités un peu plus rares.

M. Robinson a eu tort de ne citer que le plus bénin de mes cas comme typique. Au contraire, presque tous mes cas étaient graves et je n'aurais jamais osé faire le diagnostic dans les cas bénins, si je n'avais pas eu l'occasion d'observer en même temps toute une série de cas graves. Puisque mes cas sont conformes dans tous leurs symptômes cliniques essentiels avec le lichen ruber de Hebra, je dois déclarer

M. Schwimmer (Buda-Pesth) : J'accepte pour ma part deux formes de lichen ruber : l'une grave, le *lichen ruber acuminatus*; l'autre moins grave, le *lichen ruber planus*. Je ne crois pas qu'il s'agisse là de deux maladies sans aucun rapport entre elles ; car il me semble vraisemblable que la forme *plane* peut se transformer en forme *acuminée*, quoique je n'aie pas vu une telle transformation.

Les médecins qui nient l'existence du lichen ruber acuminatus ou universalis ont tort, et il semble que ces auteurs n'ont pas encore eu l'occasion de voir de pareils cas.

J'ai rapporté en 1863, alors que j'étais attaché au service du professeur Hebra, des cas de ce genre. Nous ne connaissions pas encore le lichen planus.

Plus tard, après les descriptions d'Erasmus Wilson, j'ai accepté cette affection et j'ai rencontré, pendant ces dernières années, beaucoup de cas se rapportant à cette forme.

Je crois que la préoccupation qu'ont eue les auteurs de séparer aussi nettement le lichen ruber de Hebra de l'autre lichen ruber a été causée par la description même de Hebra qui avait dit que la maladie était toujours suivie d'une issue funeste. On a voulu alors n'admettre dans la première catégorie que des cas à terminaison mortelle.

Or cela n'est pas exact dans la réalité et Hebra lui même avait modifié plus tard ses idées sur la marche de la maladie. M. Unna propose de nommer le lichen ruber acuminatus *lichen neuroticus;* mais l'origine nerveuse de cette dermatose reste encore à démontrer; j'attendrai pour admettre cette origine que les lésions nerveuses m'aient été démontrées. Quant à l'opinion des auteurs français, notamment celle de M. Besnier, et aussi à celle de M. Boeck, en ce qui concerne l'autonomie du *pityriasis*

---

que la forme que j'ai fait connaître est identique avec le lichen ruber de Hebra et qu'elle est tout à fait différente de celle de M. Kaposi.

Puisque l'épithète *acuminatus* fut introduite pour la première fois par M. Kaposi et puisqu'il l'emploie maintenant pour la dénomination d'une maladie qu'on ne pouvait distinguer de la maladie de Devergie, je retire le mot acuminatus du nom de la forme que j'ai fait connaître et je l'appellerai désormais à cause des symptômes neurotiques : *Lichen ruber neuroticus*.

Il me reste encore à dire quelques mots contre la tendance à confondre ce lichen véritable avec des cas de lichen planus, qui se distinguent par la quantité et la petitesse des nodules et l'acuité de leur développement. J'ai eu l'année passée quatre cas dans ma clinique qui montraient à côté des nodules une grande quantité de petites papules comme des points; mais malgré cela, il s'agit d'une forme universelle de lichen plan de Wilson et non de la forme de Hebra, ni non plus d'une forme mixte de ces deux, parce que les symptômes neurotiques manquaient et qu'il n'y avait aucune tendance au marasme. L'extension et l'acuité des symptômes ne sont pas suffisantes pour faire poser le diagnostic lichen ruber Hebra (*neuroticus* Unna); mais il faut encore que d'autres organes soient atteints en dehors de la peau (le système nerveux, comme dans la lèpre).

rubra pilaris je pense comme M. Kaposi que cette maladie et le lichen ruber acuminatus ne sont qu'une seule et même dermatose autant qu'on en peut juger d'après les moulages et les dessins qu'on nous a montrés.

M. Malcolm Morris (Londres) : I regret that no more worthy representative than myself should appear for the country which gave birth to Erasmus Wilson, the original describer of Lichen planus.

I am of opinion that the greater part of the preceding discussion has turned upon mere names, and I confess that I am no nearer a solution of the question under debate than at the beginning of the day. It would be more practical to discuss individual cases under observation.

I am familiar with Wilson's cases and with Hebra's cases in Vienna, and I regard them as absolutely identical. I think that the changes which induce acuminate lesions are accidental. On the other hand the case of Pityriasis rubra pilaris which M. Besnier has recently shown to me is a totally different disease with which I was not previously familiar (1).

M. Dubois Havenith (Bruxelles) : Depuis huit ans, je n'ai pas eu l'occasion d'observer un seul cas de *lichen ruber acuminatus* à Bruxelles; j'ai été plus heureux pour le *lichen planus de Wilson.* Au sujet du *lichen ruber acuminatus* et de la dénomination de *lichen neuroticus* proposée par M. Unna, je crois intéressant de vous signaler un cas que j'ai présenté cette année même à la Société de médecine de Bruxelles : mon malade, atteint de lichen planus (avec lichen plan corné de Vidal aux membres inférieurs), a présenté pendant le cours de son affection cutanée deux autres manifestations : une *alopécie en aires* d'abord, ensuite un *zona pectoral.* Ces deux affections ont des liaisons trop évidentes avec le système nerveux pour que j'y insiste. Mon observation aura peut-être pour résultat de contribuer à fortifier l'opinion de M. Unna, qui croit à certaines localisations nerveuses (comme dans la lèpre) constituant la forme spéciale qu'il nomme maintenant *Lichen neuroticus* et qu'il croit être la même maladie que le *lichen ruber de Hebra.*

---

(1) Je regrette qu'il n'y ait pas de plus digne représentant que moi du pays qui a donné naissance à Erasmus Wilson, le grand dermatologiste qui a si bien décrit le lichen planus. Il me semble que la discussion précédente n'est guère qu'une discussion de mots et je doute que la solution de la question proposée ait à y gagner quelque chose.

Il serait plus pratique de discuter des *cas* soumis à l'observation. J'ai vu beaucoup de cas de la maladie de Wilson et je les trouve absolument identiques à ceux de Hebra. Quant au pityriasis rubra pilaire, que je ne connaissais pas avant de voir le malade que m'a récemment montré M. Besnier, c'est une maladie absolument différente.

M. Unna : Mon opinion sur le lichen neuroticus peut s'appuyer aussi sur deux cas de Köbner qui s'accompagnaient de phénomènes remarquables du côté du système nerveux.

Le premier était un cas de lichen planus hémiplégique du pénis, le second était une éruption assez développée de lichen acuminatus chez une femme atteinte de paralysie bulbaire.

M. Leloir (Lille) : Comme l'indiquait le programme, j'avais l'intention de parler sur le groupe des lichens.

Je me bornerai à vous présenter une série de dessins relatifs à l'histologie pathologique de la lésion élémentaire du prurigo de Hebra à propos de laquelle j'ai publié une note dans les *Annales de dermatologie*, en collaboration avec mon chef de clinique, M. Tavernier.

Je ne veux pas intervenir davantage dans une question aussi peu claire que celle des lichens. Je me rallie, à cet égard, en grande partie à l'opinion de mes confrères et amis, MM. les docteurs Besnier et Hallopeau.

J'émettrai cependant un vœu très timide et peut-être inconsidéré. En face des divergences qui séparent encore les dermatologistes, ne pourrait-on pas en revenir provisoirement à l'opinion de M. Hardy et supprimer, jusqu'à ce que nos connaissances sur la nature, l'anatomie pathologique et la pathogénie de cette affection soient plus complètes, ce groupe aussi embrouillé que dangereux ?

M. Schiff (Vienne) : Si je me permets de prendre la parole dans cette question, ce n'est pas parce que j'ai fait des études spéciales sur ce sujet, mais parce que je sens la nécessité d'exprimer la modeste opinion d'un simple auditeur qui cherche à se former une opinion d'après ce qu'il entend. Or, de toute cette discussion je garde l'impression que, en effet, le lichen ruber (Hebra) est une très grave maladie qui atteint l'organisme tout entier et je ne voudrais pas qu'on se bornât à la caractériser par le mot « *neuroticus* », comme M. Unna le voudrait, mais plutôt comme affection « constitutionnelle ». Cette maladie existe sans doute et elle a été classiquement décrite par notre maître Hebra.

Quant au *lichen ruber acuminatus* de M. Kaposi, je voudrais croire qu'il y a deux choses possibles : l'une, c'est qu'il s'agit de différences morphologiques du lichen ruber proprement dit, et ce serait alors une affection générale constitutionnelle ; l'autre, qu'il s'agit d'une affection purement localisée sur la peau et qui, d'après son aspect clinique, offre les symptômes décrits pour la première fois par Devergie et nouvellement étudiés par M. Besnier. Je conclus donc que, au point où en est la discussion, il

faut considérer le lichen ruber (Hebra) comme une affection grave constitutionnelle. Quant au lichen ruber acuminatus, on devra donc le considérer, s'il y a des symptômes généraux, comme un lichen ruber (Hebra), et, s'il n'y en a pas, comme la maladie que Devergie a appelée, le premier, *pityriasis rubra pilaris*.

M. E. Besnier (Paris) : Les dermatologistes éminents qui m'ont précédé à cette tribune ont bien montré, par le nombre et par la valeur de leurs communications, toute l'importance de la question du lichen, laquelle peut servir de type pour montrer le travail d'*épuration* auquel est soumise actuellement la pathologie cutanée.

Assurément on serait, en théorie, autorisé, avec MM. Hardy et Leloir, à dire que le lichen n'existe plus en fait, et qu'il n'y a qu'à rayer ce vocable de la dermatologie; mais les exigences du présent et de la pratique ne s'accommodent pas de ce radicalisme, et il faut, au moins à titre provisoire, être conservateur dans certaines limites.

C'est une chose entendue que les innombrables maladies et lésions cutanées que nos ancêtres en dermatologie ont cataloguées sous le nom de « lichen », avec un luxe de qualificatifs de toutes sortes, sont à laisser de côté; il y a, sur ce point, une majorité tellement compacte, que la solution est acquise selon l'esprit, sinon la lettre, du thème de l'illustre Hebra.

Voilà pour la première partie de la question.

Comment doit-on comprendre la seconde ?

Le type créé par Wilson, et merveilleusement décrit par lui, doit nous servir de base et doit être conservé. Le lichen de Wilson est absolument différent du type primitivement créé par Hebra et doit en être séparé absolument.

Le lichen ruber de Hebra doit être repris, étudié, revisé; probablement il contient des cas de lymphadénie cutanée, de pityriasis rubra et peut-être aussi des cas de pityriasis rubra pilaire.

Le lichen ruber acuminé des Américains n'est autre que notre pityriasis rubra pilaire, et l'adoption qui paraît confirmée maintenant de ce dernier type simplifie la question et doit dissiper la confusion.

Quant au lichen ruber acuminé, type Hebra, il est très difficile de savoir exactement ce que c'est : il faut encore soumettre ce type à un travail de revision complet.

Pour le lichen ruber acuminatus, type Unna, nous demandons et nous attendons de nouvelles observations.

De tout ce que nous venons de dire, et nous croyons que c'est l'avis dominant, il ressort donc que le « lichen », le seul vrai lichen de l'heure

présente, ou au moins le *type* de ce lichen, est donné par la maladie dont la description merveilleuse appartient à Erasmus Wilson et à l'école anglaise; c'est celui-là que nous avons, à l'hôpital Saint-Louis, l'habitude, pour cette raison, de désigner sous le nom de « lichen de Wilson ». C'est à lui qu'étendant les limites du cadre établi par son auteur nous avons, systématiquement et avec preuves à l'appui, amené quelques formes cliniques en apparence dissemblables dans quelques cas, mais qui sont, en réalité, absolument du même ordre.

En voici l'énumération : *a*) *Lichen à petites papules prédominantes*, type du lichen acuminé; *b*) *Lichen à papules exclusivement planes*, ou type pur de Wilson; *c*) *Lichen à papules plates et acuminées simultanément*, forme mixte, très commune; *d*) *Lichen à grosses papules, à papules géantes*, *lichen obtus* de Unna; *lichen en grains de corail ou moniliforme* de Kaposi; *lichen hypertrophique, hyperkératosique corné*, et enfin *lichen atrophique* de Kaposi-Hallopeau; toutes ces formes ou variétés étant toujours constituées par des néoplasies *dermiques*, vivaces, longtemps viables, immuables dans leur morphologie.

Cette série n'est pas fermée, et elle peut recevoir d'autres formes dermatologiques, telles que celles qui correspondent au *lichen aigu* de Hallopeau, au *lichen neuroticus* de Unna. Mais il faut encore un peu de temps pour la vérification à l'aide de faits nouveaux publiés et la légitimation définitive de ces formes.

Enfin, nous repoussons aussi, jusqu'à nouveau et plus ample informé, le *lichen des scrofuleux* de Hebra, que nous considérons comme une forme de lésion cutanée polymorphe, du type des folliculites, et dont la place ne saurait être conservée dans le lichen.

M. DE AMICIS (Naples) : Après l'éloquente communication que M. Besnier vient de faire, je crois devoir rappeler un cas de lichen ruber que j'ai communiqué, il y a deux années, au Congrès de dermatologie et de syphiligraphie de Pavie. Il s'agissait dans ce fait d'un cas mixte (*lichen plan, acuminé et corné*), car il y avait en même temps des papules planes décolorées et des papules rouges acuminées avec desquamation sur la surface, comme on peut le voir dans le dessin que j'ai l'honneur de vous présenter ainsi que les préparations histologiques relatives à ce cas; aussi, en répondant à la question posée, je pense : 1° Que la dénomination *lichen* doit être conservée et limitée seulement au *lichen ruber acuminatus et planus;* que de cette classe il faut séparer le *lichen scrophulosorum*, qui, pour la forme, le siège et la nature de la maladie, doit constituer une affection à part.

2° Qu'on doit conserver la division en *lichen ruber planus* et *lichen*

ruber acuminatus, et, comme modification successive, le *lichen corné;* et on doit admettre aussi que l'une et l'autre forme peuvent se trouver sur le même individu.

3° Que le siège de l'affection est dans le corps papillaire du derme, et que les lésions folliculaires ne sont pas absolument nécessaires.

4° Que l'infiltration cellulaire produit au début une élévation, mais plus tard, dans le même point, on voit une dépression atrophique du corps papillaire surmontée d'hyperplasie de la couche de Malpighi et de la couche cornée, comme on peut le voir dans les préparations histologiques que j'ai l'honneur de soumettre aux membres du Congrès.

M. Neumann : Je ne souscris pas à la suppression du *lichen scrophulosorum*, qui doit être conservé comme seconde forme de lichen à côté du lichen ruber.

M. Kaposi : Je trouve pour le moins singulier que l'on propose aussi d'abolir le *lichen ruber de Hebra.* Sa description a précédé les autres et il a le droit à la priorité. Ceux qui croient qu'il s'agit de maladies différentes pourront conserver les deux appellations : 1° *lichen ruber* de Hebra; 2° *lichen planus* de Wilson. Mais ceux qui croient à l'identité, et ne veulent admettre qu'une seule espèce de lichen, doivent adopter, non pas le terme de lichen plan de Wilson, mais celui de *lichen ruber* créé par Hebra avant Wilson. Quant à supprimer le lichen ruber de Hebra, il ne faut pas y songer. Pour le lichen ruber acuminatus, c'est une autre question encore à décider. D'après les moulages qu'on nous a montrés, d'après les dessins publiés, je crois (tout en réservant mon opinion jusqu'à ce que j'aie vu un cas sur le vivant) que le *lichen ruber acuminatus* et le *pityriasis rubra pilaire* sont une même chose. Si l'on vient à considérer toute une série de cas, on trouve alors que les extrêmes sont reliés par des intermédiaires.

M. H. von Hebra : M. Kaposi a changé d'opinion depuis ce matin. Il admettait alors deux formes de lichen ruber, un *lichen ruber acuminatus*, qu'il nous a dit être la même chose, pour lui, que le *lichen ruber de Hebra*, et un *lichen ruber planus*, qui était le lichen de Wilson, et il admettait entre ces deux formes les rapports les plus étroits. Il nous dit maintenant qu'il faut différencier le lichen ruber acuminatus du lichen de Wilson; mais c'est ce que j'ai dit moi-même et ce que la grande majorité admet. Ce qu'il faut, c'est d'abord séparer le lichen ruber de Hebra du lichen ruber

acuminatus de Kaposi. Le lichen ruber acuminatus de M. Kaposi n'est autre que le pityriasis rubra pilaire : le lichen ruber de Hebra est une autre maladie. Le groupe lichen contiendra donc, à mon avis, ces deux formes *lichen ruber de Hebra* et *lichen planus de Wilson*, deux formes de la même maladie distinctes l'une de l'autre.

M. Kaposi : J'ai revendiqué la priorité du mot lichen ruber acuminatus, mais aussi la responsabilité d'avoir appliqué ce mot au lichen ruber de Hebra. Je n'ai donc pas changé mon opinion depuis ce matin. M. H. Hebra prétend que mon lichen ruber acuminatus n'était pas le lichen ruber Hebra. Cela doit être un malentendu. Car : 1° c'est moi qui ai proposé de nommer le lichen ruber Hebra, je veux dire la forme décrite par lui, lichen ruber acuminatus; 2° j'ai présenté ce matin une série de dessins coloriés, comme représentant des cas de lichen ruber acuminatus, mais qui tous datent de la clientèle de Hebra et qui sont signés de sa propre main « LICHEN RUBER ». *Lichen ruber* de la main de Hebra et *lichen ruber acuminatus* de la mienne se rapportent donc aux mêmes cas. M. Unna ne veut pas admettre d'autre lichen ruber acuminatus que le sien; je ne puis pas admettre cependant que le lichen ruber de Hebra n'existe pas.

M. Unna : Puisqu'il me semble que M. Kaposi ne m'a pas compris quand j'ai parlé en allemand, je vais maintenant m'exprimer en français. Je n'ai pas dit que mon lichen ruber acuminatus était le seul qui existât. J'ai retiré d'ailleurs le mot *acuminatus* pour éviter toute confusion, et j'ai proposé le nom de *lichen neuroticus*. Je n'ai jamais prétendu que le lichen de Hebra n'existait pas, mais j'ai dit que le lichen ruber de Kaposi n'était pas le lichen ruber du vieil Hebra. Je reconnais qu'il y a une maladie que le vieil Hebra a nommée lichen ruber, et dont j'ai essayé de compléter la description, mais qui n'est pas ce que M. Kaposi entend maintenant sous le nom de lichen ruber, et je crois être, en pensant ainsi, le véritable interprète de la pensée de Hebra.

M. le Président : Personne ne demandant plus la parole, je vais clore la discussion. M. Vidal, qui est inscrit pour une communication, n'ayant pu assister à la séance, a demandé à remettre sa lecture au début de la prochaine séance.

La séance est levée.

Pour ne pas scinder la discussion sur le lichen, nous donnons à cette place

la communication de M. Vidal, qui n'a été faite qu'au commencement de la séance du mardi matin.

M. Vidal (Paris) : Si la dénomination de lichen est conservée, elle doit s'appliquer à d'autres affections qu'au *lichen planus* d'Erasmus Wilson et qu'au *lichen scrofulosorum* de Hebra et Kaposi. Le lichen simplex circonscrit a bien plus de rapports avec le lichen planus que n'en a le lichen scrofulosorum. Cette dernière dermatose, dont certains éléments aboutissent parfois à la suppuration et à la formation d'une pustule d'acné pilaire, n'est-elle pas bien plutôt une *folliculite pilo-sébacée chronique* qu'elle n'est un lichen.

Je comprends parfaitement que Hebra, trouvant à cette affection des traits de ressemblance avec ce qui était alors décrit sous le nom de lichen pilaire, l'ait rangée, avec le lichen ruber, dans le groupe artificiel qu'il formait et auquel il donnait le nom de lichen.

La définition d'Hippocrate : « λειχὴν *est summæ cutis vitium ut* ψώρα *et* λέπρα *cum asperitate et levi pruritu,* » invoquée par l'illustre chef de l'école de Vienne pour rejeter du cadre des lichens les affections papuleuses de Willan, ne s'applique-t-elle pas mieux au lichen simplex et au prurigo, qu'elle ne convient au lichen scrofulosorum et même aux différentes modalités du lichen ruber et du lichen plan.

Au lieu de détourner l'expression de lichen du sens qui lui avait été attribué par Willan, il eût été préférable de la rayer complètement et de créer une dénomination nouvelle pour les deux affections nouvelles.

On m'objectera, il est vrai, que leur étude n'était pas encore assez avancée pour permettre de les classer définitivement. A cela, je ne contredis pas et j'accepte le classement provisoire. Mais alors je me demande pourquoi rejeter de ce groupe le lichen simplex chronique. N'est-il pas mieux connu que le lichen ruber et que le lichen planus ?

N'a-t-il pas pour lésion élémentaire une papule acuminée pouvant persister à cet état pendant toute sa durée?

N'a-t-il pas dans sa marche des analogies avec certaines formes du lichen plan et du lichen ruber, si tant est qu'il y ait deux espèces?

Voici pour les analogies : début par des papules isolées devenant cohérentes, puis confluentes, qui forment des plaques épaissies et indurées, puis graduellement l'infiltration du derme diminue; les plis de la peau, qui étaient exagérés, deviennent moins apparents, la plaque s'affaisse vers son centre, en même temps qu'elle devient pigmentée. La résolution marche du centre vers la circonférence, comme on le voit dans le lichen plan.

Loin de moi la pensée de pousser plus loin la comparaison et de vouloir faire du lichen simplex chronique une forme ou une variété du lichen plan, pas plus que je ne songerais à faire du lichen plan une variété du lichen simplex chronique. Ce que je veux dire, c'est que la dénomination de lichen convient au moins aussi bien à l'une qu'à l'autre et qu'il n'était pas nécessaire d'en déposséder le lichen de Willan.

A cela on me répondra que le lichen de Willan n'est pas un lichen, mais bien un eczéma. C'est le bien fondé de cette opinion que je veux discuter, bien certain à l'avance que je n'aurai pas la majorité de mon côté.

Je suis convaincu que lorsque nous soumettrons l'eczéma à la même critique que subit en ce moment le lichen, nous ferons dans cette revision bien des modifications au groupe artificiel qui est désigné sous ce nom. Je n'en veux pour indices que les travaux récents de Unna sur l'eczéma séborrhéique.

Je verrais plus de raisons pour faire rentrer dans les eczémas les érythèmes polymorphes, qui sont aussi des dermatoses exsudatives, que je n'en vois pour y ranger le lichen simplex chronique.

Je sais bien que ce lichen circonscrit peut être le siège d'irritations, de lésions secondaires polymorphes, qui lui donnent une apparence eczématiforme; mais ce sont des phénomènes deutéropathiques, accidentels; ils peuvent modifier l'aspect extérieur, au fond ils ne changent rien à la nature primitive de la lésion élémentaire, qui peut rester à l'état papuleux pendant toute sa durée.

La papule de lichen a au moins autant de rapports avec l'urticaire qu'avec l'eczéma. En tendant une portion de la peau atteinte de lichen simplex sur les bords de la plaque, là où les papules sont plus récentes et discrètes, on voit les pointes blanchir et prendre l'apparence de minuscules pomphi d'urticaire, et l'anatomie pathologique, en montrant l'œdème de la pointe de la papule et les leucocytes en migration, confirme la ressemblance.

Le sens de ma communication peut être résumé dans ces deux conclusions :

1° Le nom de lichen devrait être réservé aux affections papuleuses (lichen, prurigo et strophulus) et le lichen de Willan ne doit pas être classé dans le groupe eczéma.

2° A titre provisoire, en attendant qu'une étude plus complète nous autorise à leur donner leur nom pathogénique, on peut ranger dans le groupe lichen les diverses variétés du lichen planus avec toutes les formes admises par Erasmus Wilson, et aussi celles du lichen ruber acuminatus et obtusus, le lichen planus corné, le lichen tubéreux corné, le

lichen verruqueux, le lichen scléreux, le lichen moniliforme et probablement d'autres types encore à l'étude.

Le soir, le président du Comité d'organisation, M. le professeur Hardy, recevait chez lui les membres du Congrès.

DEUXIÈME JOURNÉE. — MARDI 6 AOUT 1889.

— Séance du matin. —

I. — **Discussion de la question II :** *Du pityriasis rubra. — Des dermatites exfoliantes généralisées primitives.* — MM. Petrini, R. Crocker, Jamieson, Brocq, Unna, Vidal, Schwimmer, Kaposi, Hebra, E. Besnier.

II. — **Discussion de la question III :** *Du pemphigus. — Des dermatoses bulleuses, complexes ou multiformes.* — MM. Neumann, R. Crocker, Brocq.

La suite de la discussion est remise au lendemain matin.

— Séance du soir. —

1. Communications diverses relatives à la dermatologie.

I. — *Sur un cas très rare de chéloïde spontanée, multiple, observée sur une femme névropathique*, par M. de Amicis. — Discussion : MM. Vidal, Hardy, Kaposi.

II. — *Endartérite de l'arcade palmaire dans un cas de sclérodermie avec asphyxie locale des extrémités*, par M. Arnozan.

III. — *Étiologie et traitement de l'acné*, par M. Barthélemy.

IV. — *Éruption bromique polymorphe (péri-adénites et bulles)*, par M. Jacquet. — Discussion : MM. R. Crocker, Neumann, Kaposi.

V. — *Note sur la formation du pigment dans la peau des nègres*, par M. Morison.

VI. — *Leucoplasie buccale avec état papillomateux de la langue et début de dégénérescence épithéliale. — Décortication de la langue par le thermocautère : guérison. Pas de récidive deux ans après l'opération*, par M. Perrin. — *Étude histologique de ce cas*, par M. Marfan. — Discussion : MM. Leloir, Schwimmer, De Watraszewski.

VII. — *Traitement des brûlures par l'iodoforme*, par M. E. Schiff. — Discussion : M. H. Hebra.

VIII. — *Herpès cataménial guéri par les injections sous-cutanées d'éther iodoformé*, par M. Verneuil.

2. Présentations de malades.

Cas de xeroderma pigmentosum, par M. Quinquaud et par M. G. Thibierge. — Discussion : MM. Pringle, Dubois-Havenith, Vidal, Schwimmer.



MARDI 6 AOUT. — SÉANCE DU MATIN.

PRÉSIDENT : **M. de Amicis.**

M. DE AMICIS : Avant d'ouvrir la séance, je considère comme un devoir de remercier mes honorables confrères du Comité d'organisation d'avoir proposé, et tous mes estimables collègues du Congrès d'avoir accepté, ma nomination à une place de vice-président. Parmi les éminentes individualités venues pour prendre part à ce Congrès, l'honneur qui a été accordé à mon nom veut bien dire que nous sommes vraiment ici dans la célèbre et merveilleuse ville de la *liberté*, de l'*égalité* et de la *fraternité*.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL : J'ai l'honneur de déposer sur le bureau du Congrès le premier exemplaire paru du *Catalogue du Musée de l'hôpital Saint-Louis* (1). Ce catalogue a été entrepris par moi à l'occasion du Congrès, et, si imparfait qu'il soit encore, j'espère qu'il rendra quelque service en faisant connaître les richesses que renferme le Musée et en facilitant la recherche des pièces.

DISCUSSION DE LA QUESTION II

Du pityriasis rubra. — Des dermatites exfoliantes généralisées primitives.

I. — Quels sont les caractères propres de la dermatose à laquelle il faut limiter la dénomination de *pityriasis rubra?* Ne doit-on pas distinguer dans cette maladie plusieurs types, selon leur marche, leur durée, leur terminaison?

II. — La dermatose décrite sous le nom de *pityriasis rubra pilaire* doit-elle être considérée comme une *espèce* du pityriasis rubra ou comme une *affection propre*, ou bien être rattachée à un autre *genre morbide*, le *psoriasis?*

(1) Un vol. in-8, XIV-200 pp. Paris, Steinheil, 1889.

III. — Quels sont les rapports à établir entre les affections cutanées dénommées :

a. *Érythème scarlatiniforme.*
b. *Dermatite exfoliatrice généralisée primitive.*

M. Petrini, de Galatz (Roumanie) : Appelé à parler le premier sur cette question, je ne le fais qu'avec hésitation et en demandant votre indulgente bienveillance. Laissant de côté le pityriasis rubra pilaire, qui, selon moi, n'a rien à faire dans cette question, et qui a été discuté hier à l'occasion du Lichen, j'essaierai seulement de montrer les caractères propres à chacune des trois dermatoses : *pityriasis rubra,* type Hebra, *érythème scarlatiniforme desquamatif, dermatite exfoliatrice généralisée primitive;* maladies qui ont chacune, suivant moi, leur autonomie.

Le regretté feu Hebra, le chef de l'école dermatologique de Vienne, a depuis longtemps déjà décrit, sous le nom de pityriasis rubra chronique, une dermatose à marche chronique et progressive, non contagieuse, caractérisée par la rougeur et la sécheresse universelle de la peau, avec desquamation furfuracée comme du son, accompagnée de la chute des poils, et conduisant à la cachexie et à la mort. Cette dermatose est rare, et cette circonstance explique la confusion qu'on en fait si souvent.

Cependant, si l'on s'était tenu à la description du maître, le pityriasis rubra chronique serait aujourd'hui bien mieux connu.

Mais les observateurs qui ont suivi ont décrit sous le même nom des affections qui s'écartent du type créé par Hebra sur plusieurs points.

Ainsi voit-on dans la plupart des revues médicales, et même dans les journaux de dermatologie, publiées sous le nom de pityriasis rubra des éruptions qui se rapportent à d'autres dermatoses. Ainsi l'*érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant*, les *herpétides malignes exfoliatrices* de Bazin, le *pityriasis rubra pilaris* de Devergie et de E. Besnier, la *dermatite exfoliatrice généralisée* primitive, même le *lichen ruber acuminatus* et le *pityriasis rosé* de Gibert, ont été et sont encore journellement décrits comme des pityriasis rubra de Hebra ou des dermatites exfoliatrices primitives généralisées.

Aussi nous devons être reconnaissants aux membres du Comité d'organisation du Congrès d'avoir inscrit à l'ordre du jour la question du pityriasis rubra et des dermatites exfoliatrices généralisées primitives.

Pour moi, qui n'ai pas une longue pratique en dermatologie, je ne puis que me tenir aux descriptions des maîtres éminents qui ont bien vu et bien décrit dès le commencement ces dermatoses.

Je dirai donc qu'ayant eu l'occasion d'observer pendant huit mois un

malade atteint de pityriasis rubra type Hebra et un autre atteint d'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant, type établi par les distingués dermatologues Vidal et Besnier, je me suis fait la conviction que le pityriasis rubra de Hebra et l'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant sont des dermatoses distinctes que l'on ne doit pas confondre ensemble.

Pour dire, comme on l'a fait, que peut-être la dermatite exfoliatrice généralisée primitive de Erasmus Wilson est la forme aiguë et que le pityriasis rubra chronique de Hebra est la forme chronique d'une même dermatite, il faudrait avoir eu l'occasion de voir la succession des deux états morbides chez le même malade, ce que l'on n'a pas pu observer.

D'abord, quoique les cas types de la dermatose décrite par Hebra soient assez rares, les cas observés se ressemblent entre eux et prouvent l'existence réelle de cette dermatose.

De la sorte, le cas publié en 1886 par Morrow (*New-York Dermatological Society*, 27 avril) ne doit pas être considéré comme un cas type de pityriasis rubra de Hebra, puisque le malade eut plusieurs éruptions, et que celle qui est décrite par cet auteur comme un pityriasis était accompagnée de vésicules et de pustules; or, dans la vraie dermatose de Hebra, les vésicules et les pustules sont absentes.

De même, le cas publié par Walter Fell en 1886 (*British medical journal,* 29 mai) ne peut être considéré comme un pityriasis rubra chronique de Hebra, puisque le malade qui fait le sujet de cette observation a présenté pendant le cours de sa maladie un suintement considérable des bras, des jambes et du nez, et qu'après trois mois le malade a été guéri. Or, le suintement ne s'observe pas dans la dermatose rouge et sèche de la peau, décrite par Hebra.

Dans le numéro de la *Semaine médicale* du 29 juin 1887, sous le titre: Lettres d'Angleterre, *Du pityriasis rubra*, on trouve une discussion ayant eu lieu à l'Académie de médecine d'Irlande entre les Drs Wallace, Beatty, Finay, Walter Smith et Moore, de laquelle il résulte que le pityriasis rubra ne doit pas être considéré comme une entité morbide à part, vu qu'il est quelquefois le résultat d'une transformation des autres dermatoses.

Ainsi Finay a dit que le pityriasis rubra ressemble tantôt au psoriasis, tantôt à l'eczéma, et qu'on trouve des formes de transition entre ces deux dermatoses.

M. Finay aurait eu dans sa clientèle une malade qui présentait des symptômes analogues à ceux qui existaient chez une malade du Dr Beatty, laquelle était considérée par ce dernier auteur comme atteinte d'un

pityriasis rubra. Finay dit que chez sa malade, au début, l'éruption avait les caractères de l'eczéma et que, plus tard, il s'est formé des squames sur toute la surface cutanée. Eh bien! si une éruption a les caractères d'un eczéma, puis que l'on constate une desquamation généralisée, cette éruption ou cette dermatose perd-elle sa qualité d'eczéma, pour être considérée comme un pityriasis de Hebra? Je ne le crois pas, et je m'en rapporte à la définition du vrai pityriasis.

D'un autre côté, Finay aurait observé la transformation graduelle d'un psoriasis généralisé en pityriasis rubra Hebra.

Cette transformation, selon moi, est tout à fait inexplicable; et il s'agit peut-être ici d'un cas de psoriasis dans lequel le malade, s'étant appliqué trop de chrysarobine ou de pyrogallol, il en est résulté une rougeur presque uniforme et généralisée de la peau, avec desquamation.

En effet, dernièrement à Bucharest, sur un malade traité pour un psoriasis assez généralisé, et qui s'était appliqué trop de pommade à la chrysarobine, et cela même sur les parties saines, j'ai vu survenir une rougeur généralisée avec desquamation. Un simple traitement émollient a suffi pour faire disparaître cette rougeur et cette desquamation générale; cinq jours après, le psoriasis revenait à son état normal.

Comme le malade atteint de pityriasis que j'ai observé pendant huit mois n'a présenté aucun changement en ce qui concerne la sécheresse, la rougeur de la peau et la desquamation furfuracée comme du son, durant son long séjour dans mes salles, je crois qu'il est bon de rappeler ici en résumé son observation :

Ce malade, âgé de vingt-trois ans, entra dans mon service de l'hôpital Colentina, à Bucharest, au mois d'octobre 1886. Il était déjà atteint de cette dermatose depuis deux ans, et pendant ce temps les caractères de sa maladie ont été toujours les mêmes. Il disait qu'au début il eut des fourmillements dans tout le corps, de la faiblesse, et de la fièvre le soir, avec perte de l'appétit, des nausées. Cet état aurait persisté pendant une semaine, lorsqu'il s'est aperçu d'une rougeur siégeant sur les parties latérales du cou, accompagnée bientôt après de démangeaison et d'une desquamation fine comme du son, au dire du malade. Quelques jours après, la rougeur s'est étendue sur le tronc, sur les membres supérieurs et fut bientôt suivie de la même desquamation. Le malade avait en même temps de la chaleur et de la démangeaison. Peu à peu, la rougeur s'étendit, et après six mois elle fut générale.

Le malade disait qu'il était comme serré dans un corset, et, en se retournant dans son lit, il se sentait encore plus serré. La desquamation était si abondante que le malade disait que le matin son lit en était rempli.

Une année après le début de sa maladie, une certaine gêne dans les mouvements des doigts se fit sentir; et le malade, pour éviter la douleur, ne remua plus ses doigts, gardant le plus souvent l'extension; de sorte qu'après quelques mois, il ne put plus bouger ses doigts, qui s'atrophièrent jusqu'à un

certain point ; l'atrophie cependant était plus marquée au doigt indicateur et au petit doigt de chaque main.

Lorsqu'il est entré dans mon service, ce qui m'a tout de suite frappé ce fut la rougeur générale de la peau, de la tête aux pieds, avec sa sécheresse, sa souplesse, sa desquamation furfuracée comme du son, et l'aspect du malade, qui, quoique jeune homme de vingt-trois ans, avait les rides du visage si prononcées qu'on aurait dit un vieillard.

Le malade était très abattu, sans forces, de sorte qu'il avait de la peine à se tenir debout. Il était très sensible au froid et se tenait toujours très couvert dans son lit. Cependant il jouissait d'un bon appétit et, depuis le début de son affection, il n'a plus eu de troubles gastriques.

Sur la région abdominale et dorsale, on observe quelques égratignures produites par le malade en se grattant à cause de la démangeaison.

La peau de tout le corps est un peu souple au toucher et semble plus mince qu'à l'état normal.

Sur le cuir chevelu, on trouve des productions épidermiques en abondance.

La peau du visage est plus souple et plus mince au toucher que le reste du corps.

Sur le cuir chevelu, on observe des petites zones d'alopécie, et, en général, les cheveux sont rares et le système pileux est altéré ; ainsi les cils, les sourcils, la moustache, les poils des régions axillaires, sont très courts et tombés en grande partie. Les poils des aisselles sont complètement tombés ; ceux de la région inguinale réduits à l'état d'un faible duvet.

Le malade se sent toujours comme serré dans sa peau, à cause de la tension et de la rétraction du tissu élastique.

La rougeur de la peau et la desquamation furfuracée comme du son sont très manifestes. Cette desquamation est très abondante ; chaque jour, le lit du malade en est rempli, et les squames ont toujours les mêmes caractères, on dirait du véritable son.

La rougeur du tégument était aussi manifeste sur le bord libre des paupières.

La desquamation occupe aussi la paume des mains et la plante des pieds ; et, dans cette dernière région, la couche épidermique est épaissie.

Les ongles des orteils et des mains sont altérés, et l'altération consiste dans leur épaississement. Une coloration rouge correspond au lit des ongles ; cette coloration devient jaune, brillante vers la portion libre de l'ongle. Cette portion libre présente des stries verticales qui s'étendent jusque vers sa portion adhérente.

L'observation des doigts du malade montre leur atrophie, et la déformation en *S* italique des doigts indicateurs, symétriquement des deux côtés, qui sont aussi plus atrophiés. La peau de ces doigts est rose, luisante, amincie. Les deux doigts annulaires présentent aussi une certaine courbure et tendent à prendre la disposition en *S* italique des doigts mentionnés.

L'atrophie de la peau des doigts est plus prononcée au niveau des phalangettes.

Comme phénomène principal qui tourmente le malade, c'est toujours la démangeaison et le serrement qu'il dit ressentir toujours, quoiqu'il dise avoir un sommeil tranquille.

La partie moyenne de la paume de la main et de la plante des pieds est

mince, rose, luisante, presque sans couche cornée; tandis que le reste de ces régions est, au contraire, tapissé d'une couche cornée épaisse.

Quelque temps après le séjour du malade dans le service, la couche cornée épaissie de la plante des pieds s'est détachée d'une seule pièce ayant l'aspect des sandales.

L'observation journalière du malade, pendant les huit mois qu'il a été dans nos salles, nous a montré une stabilité dans les symptômes de cette dermatose, qu'on ne rencontre pas dans d'autres affections. La rougeur universelle de la peau, sa sécheresse, et la desquamation abondante et furfuracée, ont toujours été les seuls phénomènes qui ont attiré l'attention de l'observateur.

Le malade n'a jamais eu, pendant notre observation, aucune vésicule, aucune pustule ou papule, et nul suintement. La rougeur était générale, et il n'y avait pas d'endroits où la peau ait conservé ses caractères normaux.

Je rappelle encore, comme signe prédominant observé chez ce malade, la grande sensibilité pour le froid, et le malade disait que depuis sa maladie c'était seulement pendant l'été qu'il ne souffrait pas du froid.

Nous avons examiné les squames épidermiques de ce malade au point de vue bactériologique, et nous n'avons rien trouvé. L'examen microscopique du sang a été tout aussi infructueux; les hématies n'avaient subi aucune modification.

L'examen des urines, fait par M. le docteur Istraty, professeur à la Faculté des sciences, a fait constater un excès d'urée et de l'acide urique.

Le malade, malgré le traitement indiqué pour cette dermatose, et qui fut suivi régulièrement pendant huit mois, n'a pas guéri, et, las de l'hôpital, il est sorti de nos salles pour rentrer dans sa famille.

Dès l'entrée du malade dans le service, nous lui avons excisé un petit fragment de peau de la partie externe de la jambe droite; et, quatre mois plus tard, un pareil fragment fut excisé de la partie antérieure du bras droit.

Les deux fragments ont été durcis par l'alcool, et les coupes ont été colorées par le picrocarminate et examinées dans la glycérine.

Disons de suite que les lésions que nous avons étudiées avec mon excellent collègue, le professeur V. Babès, ont été plus prononcées dans le fragment de peau excisé quatre mois plus tard chez ce malade que dans le fragment pris dès son entrée dans le service.

Hebra prétendait qu'il n'y a pas de lésions bien nettes dans son pityriasis rubra.

Son fils, Hans Hebra, dans deux cas qu'il a étudiés, a trouvé des lésions

inflammatoires seulement dans le derme, et surtout autour des vaisseaux.

Dans un autre cas plus chronique, Hans Hebra aurait trouvé une atrophie très prononcée de la peau, caractérisée par l'atrophie du réseau de Malpighi, avec disparition des papilles, sclérose du tissu conjonctif et hypertrophie du tissu élastique.

De plus, il a trouvé dans le derme et dans le réseau malpighien des grains de pigment.

Les glandes sudoripares avaient disparu, et, dans une série de coupes, il trouva seulement une seule glande sébacée.

Neumann, dans son article sur le pityriasis rubra, montre un dessin dans lequel on remarque surtout des lésions inflammatoires, avec l'existence des glandes sudoripares, qui étaient entourées aussi de cellules embryonnaires.

L'examen de nos préparations nous a montré les lésions suivantes :

La couche cornée est mince et exfoliée par places. Dans cette couche, on observe à un fort grossissement des lignes fines, rouges, correspondant aux noyaux des cellules. Au-dessous de cette couche, on constate une couche granuleuse continue qui est prononcée, surtout vers les prolongements papillaires et vers les conduits excréteurs des glandes sudoripares, où l'on peut observer une épaisseur de trois à quatre cellules chargées d'éléidine.

Les papilles sont en général plus minces, et quelques-unes, à cause de leur minceur, font l'effet de pénétrer dans les prolongements papillaires même. La minceur des papilles semble résulter de l'atrophie extrême sclérosée et uniforme des parois des vaisseaux et du tissu conjonctif des papilles.

A la base des papilles, on voit que les vaisseaux ont une paroi très épaissie, partant une lumière étroite ou même oblitérée, et sont entourés d'une masse de granulations fines, réfringentes et graisseuses.

Autour de ces vaisseaux, on trouve beaucoup de tissu élastique, et les fibres du tissu conjonctif sont sclérosées, épaissies.

Les vaisseaux dermiques forment un réseau parallèle à la base des papilles ; leurs parois sont épaissies, leurs lumières rétrécies ou même oblitérées. Ici on trouve aussi autour des vaisseaux des granulations graisseuses et beaucoup de tissu élastique.

Dans la couche profonde du derme, les fibres conjonctives sont épaissies, colorées en rouge foncé, et on y trouve des faisceaux épais de muscles lisses, qui traversent cette couche.

Les sections des glandes sudoripares et les follicules pileux ne présentent pas de lésions très manifestes dans ces préparations. Seulement la lumière des canaux glandulaires est oblitérée dans quelques endroits, par la prolifération de leurs cellules épithéliales.

Comme on vient de le voir, les lésions constatées dans un fragment de peau pris sur la jambe du malade sont celles d'une inflammation

chronique, et analogues à celles décrites par d'autres observateurs. Mais dans le fragment de peau pris quatre mois après le premier, nous avons trouvé des lésions bien plus étendues.

Ce dernier fragment a été traité par le chlorure d'or, en vue de chercher l'état des nerfs de la peau.

L'examen de ces préparations, comme on peut le voir ici même sous les microscopes, nous montre :

Une hypertrophie inégale, lobuleuse de la couche cornée, qui d'ailleurs présente partout une kératinisation imparfaite, de sorte qu'elle se colore en rose par le picro-carmin, au lieu de se colorer en jaune.

Cette couche présente des noyaux assez épais, de sorte qu'on peut même distinguer dans cette couche les limites de chaque cellule.

Sous cette couche, on voit une couche bien colorée dont les cellules sont un peu aplaties avec des noyaux brillants et peu colorés. Ensuite, on voit la couche granuleuse, d'une épaisseur inégale avec peu d'éléidine. Cette couche est colorée en rouge foncé, presque en noir par l'action de l'or.

La couche de Malpighi est épaissie, elle présente de six à dix rangées de cellules jusqu'au sommet des papilles.

La dentelure de ces cellules est bien prononcée par places. Les sommets des papilles ne sont pas bien nets, et on constate un plus ou moins grand nombre de cellules migratrices entre les cellules épithéliales qui limitent les sommets de ces papilles.

Sous l'influence du chlorure d'or, nous avons mis en évidence un réseau dense de cellules stellaires avec de longs prolongements, qui se prolongent entre les cellules malpighiennes ; ces cellules sont colorées en noir.

Autour des papilles, près de la couche de Malpighi, on observe aussi un grand nombre de ces cellules qui se trouvent même dans la gaine externe des follicules pileux.

Il y a une série continue de ces cellules à longs prolongements noircis par l'or, qui bordent les papilles, et dont les prolongements communiquent entre eux et avec des cellules stellaires qui siègent au centre de la papille.

Les vaisseaux des papilles sont oblitérés par une substance homogène colorée en rouge.

Les vaisseaux de la couche superficielle du derme ont aussi une paroi épaissie, concentriquement, et quelques artères sont bouchées par une substance hyaline. Tout autour de ces vaisseaux, on observe des cellules embryonnaires. Quelques veines, à côté du paquet artériel, offrent au contraire une paroi très mince, et, dans leur intérieur, il y a des masses hyalines collées à leurs parois, et des globes plus grands ou plus petits que les globules rouges du sang, d'une couleur jaune, foncée, granuleuse.

Les cellules fixes du tissu conjonctif du derme sont gonflées, et, çà et là, on trouve des petites masses de pigment jaune. Toujours dans cette couche, on est étonné de voir un grand nombre de faisceaux de muscles lisses, qui s'étendent par des prolongements de tissu élastique jusqu'aux prolongements papillaires.

La couche profonde du derme offre un gonflement comme œdématié des

fibres qui sont à peine colorées, dont les limites sont surtout marquées par les cellules fixes et les fibres élastiques qui sont très nombreuses.

Ici on trouve aussi une grande masse de faisceaux de muscles lisses, spécialement autour des glandes sudoripares, ou près des follicules pileux.

Ces follicules sont modifiés comme il suit :

Dans la couche superficielle de l'épiderme, le poil est entouré d'une espèce d'entonnoir formé par des couches très épaisses demi-kératinisées.

Le follicule pileux est atrophié, et dans la gaine externe on voit un assez grand nombre de cellules stellaires noircies par l'or.

Autour de cette gaine, le tissu du derme est en partie sclérosé, et près de la papille du poil, à la place où on trouve d'ordinaire une glande sébacée, il y a un groupe de cellules graisseuses, comme si ces cellules appartenaient au tissu adipeux, mais il n'y a pas trace des glandes sébacées.

Les glandes sudoripares renferment des cellules épithéliales troubles qui remplissent parfois la lumière des conduits.

Dans le glomérule de ces glandes, le tissu conjonctif renferme beaucoup de cellules embryonnaires.

En résumé, nous pouvons donc confirmer ce qu'ont dit les autres auteurs; mais nous pouvons ajouter plusieurs faits qui ne sont pas sans intérêt pour l'explication des symptômes de la maladie.

Ainsi, il faut donner une certaine importance à l'irégularité de la kératinisation, par laquelle, d'une part, la couche cornée reste en contact plus intime avec les couches profondes. Mais, comme par le même processus, la partie supérieure de la couche de Malpighi devient moins résistante, cela explique la facilité avec laquelle, par la desquamation, il se produit des lésions plus profondes.

Peut-être le même processus est-il la cause de la formation d'un entonnoir à la partie libre du poil, ce qui facilite singulièrement la chute des poils.

Tout de même, nous avons pu constater une masse assez grande d'éléidine.

Dans notre cas, la couche papillaire n'était pas aplatie; mais les papilles mêmes étaient le siège de lésions bien prononcées.

Il semble que le grand nombre des cellules et la grandeur des cellules ramifiées, qui se trouvent aussi en nombre considérable dans les couches épithéliales, plaident pour une irritation des éléments fixes de cette région.

La lésion la plus essentielle semble exister dans les papilles mêmes. En outre de l'hyperplasie des cellules, il y a dans un stade moins avancé de la lésion, une prolifération des cellules rondes dans l'intérieur des papilles, autour des vaisseaux et dans leurs parois. De même, on doit remarquer la prolifération considérable des cellules le long des vaisseaux du derme.

Un autre groupe de lésions est assurément la conséquence de ces phénomènes inflammatoires; ainsi la sclérose des papilles, et surtout de

leurs vaisseaux, et la formation d'une couche sclérosée comparable à une membrane basale sclérosée des glandes qu'on observe à la limite inférieure de l'épiderme.

Au même groupe de lésions, appartient la sclérose et l'oblitération de l'appareil vasculaire entier du derme, avec la dégénérescence granulo-graisseuse des tissus voisins. En même temps, les fibres conjonctives du derme s'hypertrophient; le tissu élastique augmente, et il y a hypertrophie considérable des muscles lisses.

Les glandes de la peau sont, au contraire, atrophiées sous l'influence de l'inflammation dont les traces sont encore reconnaissables.

Nous n'avons pas trouvé de glandes sébacées, mais à leur place, il y avait toujours un tissu adipeux vrai.

Comme dans cette région, il n'y a pas de tissu adipeux à l'état normal, il nous semble que ce tissu graisseux a dû se former à la place des glandes atrophiées ou disparues complètement.

L'hypertrophie des muscles de la peau s'explique peut-être par un excès de leur action pour maintenir les fonctions de la peau, compromises par des lésions si profondes.

De l'analyse histologique que nous venons de faire, il résulte que dans la dermatose décrite par Hebra, sous le nom de pityriasis rubra, on trouve des lésions inflammatoires très prononcées dans toutes les couches de la peau.

Avec l'épaississement des parois vasculaires, le rétrécissement de leur calibre, et même leur oblitération, on comprend à quel degré la nutrition de la peau est compromise, et on explique par cela même l'exfoliation furfuracée perpétuelle et abondante, tandis que la rougeur caractéristique de la peau, comme phénomène *sine qua non* du pityriasis rubra, s'explique par la stase sanguine dans les vaisseaux.

Si, d'un autre côté, on regarde les lésions inflammatoires, chroniques, scléreuses, qu'on rencontre dans ce pityriasis, on pourrait désigner le pityriasis rubra sous le nom de dermatite chronique furfuracée.

Mais la science ne gagnerait rien à ce nouveau baptême, au contraire : et puis il ne faut pas oublier que le symptôme principal, qui, par sa longue durée, mène les malades à la cachexie, c'est la desquamation pityriasique, comme du son; et si une dermatose doit être nommée du nom de pityriasis, c'est assurément le pityriasis rubra de Hebra, qui a son existence clinique et son histologie pathologique en rapport avec la longue durée de la maladie.

II

Passons maintenant à l'étude de l'*érythème scarlatiniforme récidivant.* Nous n'avons pas l'intention d'entrer ici dans l'historique de cette rare dermatose.

Nous sommes cependant obligé de dire que malgré le sens précis qu'ont donné, les premiers, MM. Besnier, Vidal et Féréol, lors de la discussion d'un cas type, présenté en 1876, par ce dernier auteur, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, les observateurs suivants ont souvent confondu les différentes dermatoses rouges de la peau, avec la dermopathie qui nous occupe.

Ainsi a-t-on vu des élèves même de la Faculté de Paris, élèves par conséquent de maîtres distingués comme Besnier et Vidal, dans leurs thèses inaugurales ayant pour titre : *Sur l'érythème desquamatif scarlatiniforme* (1) et *De l'érythème scarlatinoïde généralisé* (2), loin de suivre les données de ces maîtres éclairés, embrouiller la question. Cependant les dermatologistes distingués de l'hôpital Saint-Louis ont établi que l'érythème scarlatiniforme desquamatif doit être considéré comme une dermatose distincte de l'*herpétide maligne exfoliatrice de Bazin* et de la *dermatite exfoliatrice primitive généralisée.*

Malgré cela, nombre des observations publiées depuis, et par des observateurs compétents, ne se rapportent pas, le plus souvent, au type admis par les auteurs mentionnés.

C'est ainsi que des cas de dermatite exfoliatrice primitive ou des érythèmes médicamenteux ont été décrits comme des érythèmes scarlatiniformes desquamatifs récidivants.

D'autre part, quelques auteurs français ont décrit comme appartenant à la dermatose qui nous occupe des cas considérés, depuis Hebra, comme *pityriasis rubra chronique*, *type Hebra*, affection bien connue par les élèves de l'école de Vienne.

Pourtant les observations typiques d'érythème scarlatiforme desquamatif n'ont pas manqué.

Parmi les observations les plus récentes, nous citerons les cas de Vogler et de Burckhardt-Mérian (3).

Le Dr Perret (4) a publié aussi deux très beaux cas, où il indique assez bien la symptomatologie et la marche de cette dermatose.

(1) Tremblay. Thèse de Paris, 1876.
(2) Colard. Thèse de Paris, 1877.
(3) *Revue de Hayem*, 1877, t. X, page 190.
(4) *Lyon médical*, 1885, 19 juillet.

Il est à remarquer que, malgré les cas types publiés par certains auteurs, les traités classiques, et même les plus récents, sur les maladies de la peau, ne traitent pas de l'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant, alors que la plupart de leurs auteurs décrivent les érythèmes artificiels, médicamenteux. Cette dermatose n'a-t-elle donc pas une existence réelle ?

Est-ce qu'elle n'a pas été encore observée à Vienne ? Ou bien est-ce la confusion qu'ont fait naître en France, lieu d'origine de cette dermatose, la plupart des jeunes observateurs, qui fait qu'elle est encore si mal connue ? Notre très distingué confrère de Paris, le Dr Brocq (1), a, le premier, dans une étude remarquable, décrit l'histoire complète de l'érythème scarlatiniforme desquamatif, et c'est son étude qui m'a servi à connaître cette dermatose.

Si sous le même titre de *Pityriasis rubra*, mon distingué collègue étudie toutes les dermopathies rouges de la peau, il n'est pas moins vrai qu'il reconnaît à la fin de son travail que l'on ne doit pas confondre ensemble, comme on le fait souvent : le *pityriasis rubra de Hebra;* la *dermatite exfoliatrice primitive*, et *l'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant.*

Telle est aussi ma conviction que jusqu'à présent, et tant qu'on n'aura pas des faits bien observés pour les soumettre à l'analyse, on ne peut considérer ces trois dermatoses que comme des entités morbides distinctes.

Ma conviction est faite dans ce sens, par l'observation de quelques cas types de pityriasis rubra chronique type Hebra, d'érythème scarlatiniforme récidivant desquamatif, et d'un cas de dermatite exfoliatrice primitive généralisée.

J'ai observé pendant un temps assez long ces malades, pour que je puisse me faire une conviction de la réalité de la distinction qu'on doit établir entre ces dermatoses.

En même temps, comme l'histologie pathologique de l'érythème scarlatiniforme était à faire, j'ai pris des fragments de peau de mon malade pour l'examen microscopique.

Les pièces ont été durcies par l'alcool, et les coupes colorées au picrocarmin de Ranvier et examinées dans la glycérine.

Ces coupes microscopiques ont été étudiées avec le concours de notre distingué anatomo-pathologiste, le professeur Babès, à qui je dois aussi un dessin microscopique de mes préparations.

(1) *Étude critique et clinique sur le pityriasis rubra.* Paris, 1884.

Ceci étant dit, revenons à l'observation de mon malade.

Le nommé L. B..., âgé de vingt-deux ans, tonnelier, est reçu dans mon service de l'hôpital Calentina le 1er octobre 1887.

Le malade nous dit que c'est la troisième fois qu'il présente l'éruption dont il est atteint. L'année dernière, il a été soigné dans ce même hôpital dans la deuxième section médicale, et les caractères de son éruption ont été les mêmes les deux fois précédentes, qu'ils le sont aujourd'hui.

Il n'a pas fait d'autre maladie, et dans sa famille il ne connaît pas d'affection d'aucune nature. Pendant une année, il a été bien, mais il y a trois jours, en se réveillant le matin, il s'est aperçu avoir une rougeur à la partie supérieure gauche de la nuque, accompagnée d'une assez forte démangeaison, qui le forçait à se gratter.

Bientôt après, il vit au même endroit quelques vésicules. Cet état dura toute la journée.

Pendant la nuit, il eut des démangeaisons sur tout le corps, et au matin, à son réveil, il vit la généralisation de la rougeur sur tout le tégument; et par ci par là, quelques vésicules.

En même temps, la démangeaison s'était accrue, ce qui ennuyait fort le malade.

Il dit n'avoir eu ni frisson, ni constipation, mais il a eu de la fièvre.

A son entrée dans le service, nous constatons ce qui suit :

Le malade jouit d'une très bonne constitution; on constate l'épaississement de l'épiderme palmaire, dû à son métier.

En le regardant, on voit le visage rouge très injecté et un peu œdématié.

Cette rougeur respecte les angles oculo-nasaux et les ailes du nez, qui présentent la coloration normale de la peau.

La rougeur avec injection occupe la peau de la nuque et de tout le reste du corps, c'est-à-dire la région antérieure et postérieure du thorax, le dos, l'abdomen, les fesses et les cuisses, les membres supérieurs et les jambes.

Cette rougeur s'arrête, pour les membres supérieurs, à l'articulation radio-carpienne et au niveau des malléoles pour les membres inférieurs.

Cette rougeur de la peau ressemble à celle de la scarlatine.

Elle est beaucoup plus prononcée sur la partie antérieure du thorax et de l'abdomen, à la face interne et supérieure des cuisses, et postéro-interne des deux jambes. Bien plus, sur ces régions des jambes et des cuisses, la rougeur de la peau est presque hémorragique.

Aux membres supérieurs, la rougeur framboisée, claire, est plus prononcée à la face interne des bras et à la face antérieure des avant-bras.

A ces endroits, au niveau de la ligne interarticulaire du coude, l'épiderme est dénudé.

La même dénudation épidermique est constatée à la partie correspondante des articulations des genoux.

En comprimant la peau avec le doigt, la rougeur de la peau disparaît, pour reparaître immédiatement.

La peau des régions axillaire et pubienne présente la même rougeur ; elle est moins prononcée au cuir chevelu.

Sur cette dernière région, on voit une éruption de quelques vésicules jaunâtres, de la grosseur de la tête d'une épingle jusqu'à un grain de millet.

Les organes de la cavité thoracique et de la cavité abdominale ne présentent rien d'anormal.

La peau est chaude, le pouls fréquent et la température prise le soir de son entrée dans nos salles indique 38°,6.

J'administre au malade 75 centigrammes de sulfate de quinine.

2 *octobre*. Je constate que la rougeur de la peau de la face, de la nuque et du cou, a un peu pâli.

La desquamation a commencé dans ces endroits, elle est très abondante à la nuque où, comme nous venons de le dire, a débuté l'éruption.

Cette desquamation se fait en lamelles fines, minces, longues de 2 à 3 centimètres et larges de 5 à 6 millimètres.

La desquamation se voit aussi au visage, sur les paupières supérieures, aux commissures buccales, sur le front, et moins sur le cuir chevelu.

La peau de la région antérieure du thorax est aussi moins rouge et, par places, la desquamation a commencé.

La rougeur persiste avec la même nuance que le jour précédent sur l'abdomen, à la partie supéro-interne des cuisses et des jambes.

Le malade prend une purge, 75 centigrammes de sulfate de quinine, et du lait pour toute nourriture. T. M., 38°,2 ; T. S., 38°,6.

3 *octobre*. T. M., 37°,5. La desquamation continue aux régions indiquées hier. En outre, la desquamation a commencé à la face interne des bras.

Sur l'abdomen, elle est peu prononcée. La rougeur persiste avec la même intensité sur la peau des cuisses et des jambes, où l'on observe aussi des vésicules miliaires en grand nombre, remplies d'une gouttelette de pus.

Au visage, la rougeur est presque disparue; sur le thorax et le dos, elle est moins prononcée que le premier jour. La conjonctive palpébrale est un peu injectée.

J'associe à la quinine 25 centigrammes d'ergotine en pilules. T. S., 38°.

4 *octobre*. T. M., 37°,5 ; T. S., 37°,5. En général la peau est moins rouge. La desquamation est très abondante au cuir chevelu, à la nuque, au visage; plus abondante à la lèvre supérieure, sur les pavillons des oreilles, sur les paupières et sourcils.

Sur le thorax, l'abdomen et le dos, abondante desquamation épidermique en lames longues, fines, d'un blanc grisâtre. On peut en recueillir des poignées chaque jour et toujours avec les mêmes caractères.

On observe une desquamation épithéliale des conjonctives palpébrales ; et, hier, on a observé une petite boule sur une de ces conjonctives.

Aux membres supérieurs, cette desquamation se voit sur leur face postéro-interne.

Même desquamation à lames plus courtes se voit à la région pubienne, sur la peau de la verge, et légère desquamation sur le scrotum.

La rougeur de la peau persiste sur les membres inférieurs.

5 *octobre*. L'état général est bon : aucun trouble fonctionnel. La desquamation continue sur les régions déjà indiquées, sur les fesses et sur les cuisses ; elle est disséminée en certains endroits sous l'aspect de plaques, où cette desquamation est fine, lamellaire.

La rougeur sur ces régions, tout en étant moindre, est toujours plus accusée que sur les régions supérieures du corps.

Ce même jour, j'ai fait exciser sur notre malade deux petits fragments de peau, un pris à la partie postéro-interne de la cuisse gauche, qui était plus rouge que les parties voisines, et un autre à la face postéro-interne du genou droit; ces fragments ont été conservés dans l'alcool. T. M., 37°,3; T. S., 37°,4. Même traitement, quinine avec de l'ergotine.

6 *octobre*. La desquamation continue. La rougeur du tégument a beaucoup diminué de teinte sur toute la surface tégumentaire.

Le malade prend un bain amidonné ; je lui prescris une pommade avec de la vaseline et de l'acide salicylique, et du bicarbonate de soude à prendre dans son lait. L'urine ne contient pas d'albumine.

7 *octobre*. La desquamation est terminée au cuir chevelu, au cou, au visage, sur le thorax et le dos où il reste la même teinte rouge que le jour précédent.

Sur la face postérieure des bras, sur les cuisses, et les jambes jusqu'aux malléoles, la desquamation est encore très abondante.

Pas d'albumine dans les urines ; on suit le même traitement, et le malade prend un bain amidonné.

9 *octobre*. La desquamation est toujours prononcée sur les fesses, la face postérieure des jambes, la région poplitée et à la face antérieure du pli du coude.

Sur les autres régions, on voit une légère rougeur et des traces d'une fine desquamation.

10 *octobre*. On constate un œdème léger des paupières, et, sur le bord libre de la paupière gauche, un orgelet, et deux autres petits orgelets sur le bord libre de la paupière inférieure droite. Collyre boriqué, bain d'amidon, et quinine à l'ergotine comme les jours précédents.

12 *octobre*. Une certaine rougeur persiste encore sur la peau du thorax et du dos, où on voit encore les traces d'une très fine desquamation.

De même, on voit encore des squames blanchâtres sur les jambes et la face antérieure des articulations du coude.

A la partie inférieure de l'omoplate, à gauche, on trouve un furoncle entouré d'une petite zone rouge.

13 *octobre*. Légère teinte rouge de la peau de tout le corps ; peu de desquamation sur les jambes, et on constate encore un petit furoncle sur le mamelon gauche. J'injecte une seringue de Pravaz pleine d'une solution d'acide borique à 1 pour 100, dans le furoncle de l'angle de l'omoplate, qu'on répète aussi le jour suivant. L'œdème et les orgelets des paupières ont disparu.

15 *octobre*. Les deux petits furoncles sont en voie de résolution. Bain de carbonate de soude pour tout traitement.

16 *octobre*. Toute la surface cutanée ne présente plus qu'une très légère teinte rouge, qu'on constate mieux par la pression digitale.

21 *octobre*. Rougeur presque invisible sur tout le corps; bain alcalin.

22 *octobre*. Desquamation légère sur la paume des mains où, comme nous l'avons dit, l'épiderme est très épaissi à cause de la profession du malade.

Les jours suivants, la desquamation continue sur les mains et à la plante des pieds; cette desquamation se fait par des lamelles minces, petites, blanchâtres.

Le 26 *octobre*, le malade sort de l'hôpital sans présenter trace de son érythème. L'urine ne contenait pas d'albumine, pas du sucre, ni éléments figurés à l'examen microscopique.

Ce malade rentre de nouveau dans mon service le 23 mai 1888.

A son entrée, je constate que la rougeur du tégument est limitée seulement sur l'abdomen; les jours suivants, jusqu'au 26 mai, cette rougeur s'est étendue d'un côté sur toute la poitrine, et, de l'autre, sur les parties supérieures des cuisses. Le malade n'a aucun phénomène général.

Je trouve, en outre, que le malade est atteint d'une uréthrite blennorrhagique avec œdème rouge de la verge. Il dit n'avoir pris aucun médicament.

Le 30 mai, la desquamation commence à se faire par fines lamelles blanches sur l'abdomen et le devant de la poitrine; elle n'est pas trop abondante, mais assez prononcée.

Le 4 juin, la desquamation est terminée.

La tuméfaction de la verge a disparu à la suite des applications d'eau de Goulard et l'uréthrite a aussi disparu.

Le 8 juin, le malade sort de l'hôpital.

Le 29 juin, c'est-à-dire trois semaines seulement après son dernier séjour dans notre service, le malade revient de nouveau dans nos salles pour la même éruption.

Il dit qu'après sa dernière sortie de l'hôpital il a joui d'une parfaite santé jusqu'il y a trois jours, lorsqu'après un coït suspect, il s'est aperçu dès le lendemain de la présence d'un ulcère sur la verge. Il acheta dans une pharmacie un remède qu'il appliqua localement sur son ulcère.

Le lendemain, la peau de l'abdomen devient rouge, et le malade se gratte sur cette région à cause de fortes démangeaisons qu'il a. Il n'a pas eu de troubles gastriques, ni de la fièvre, et aucun autre phénomène général. La rougeur de la peau s'est peu à peu généralisée.

A notre visite du matin, le malade dit avoir mal à la tête. En examinant la surface de la peau, on voit une plaque rouge plus grande qu'une pièce de 5 francs en argent qui occupe la région latérale droite du cou. La rougeur disparaît par la pression avec le doigt pour reparaître aussitôt. Sur la partie supérieure du thorax, la peau a une coloration d'un rouge clair.

Plus bas, à partir des régions mamelonnaires, la rougeur de la peau est disposée en semi-ceinture jusqu'à trois travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Cette rougeur ne s'étend nullement à la partie postérieure du dos, à la région lombaire et aux fesses ; elle occupe donc seulement la face antérieure de la poitrine et de l'abdomen.

A partir de l'ombilic jusqu'à la région pubienne, la rougeur du tégument est plus intense, elle est framboisée.

La peau de la verge est rouge et œdématiée, celle du scrotum présente le même aspect, mais n'est pas œdématiée.

La rougeur du tégument, quoique moins prononcée, s'observe aussi sur les cuisses; mais sur ces régions elle est disposée en certains endroits sous forme de plaques plus ou moins étendues.

Sur les jambes aussi, la rougeur est disposée sous forme de plaques.

La peau de la verge est en desquamation; sous le prépuce, je constate un petit ulcère couvert d'un dépôt blanc grisâtre. Les ganglions inguinaux ne sont pas pris.

La rougeur s'étend sur la peau des fosses iliaques, sur les fesses et sur la face postérieure des cuisses, où la rougeur n'est pas uniforme.

30 *juin.* La rougeur a envahi la peau de la face interne des bras et antérieure des avant-bras, le dos des poignets.

Elle persiste sur les régions mentionnées.

1er *juillet.* Le malade se plaint d'une vive démangeaison à la face dorsale des poignets, où l'on trouve des traces de grattage.

La rougeur de la peau est moins prononcée sur toutes les régions; mais de nouvelles plaques rouges apparaissent sur la partie antérieure du thorax en se confondant avec la rougeur signalée à la région latérale du cou.

La peau est aussi rouge sur les épaules et sur les régions sus-épineuses.

2 *juillet.* Les paupières sont légèrement tuméfiées; la peau du visage est d'un rouge intense; sur les autres régions, la rougeur a diminué.

Sur la peau de la verge, sur le scrotum et sur les cuisses, la desquamation a commencé sous forme de lamelles fines, minces, plus longues que larges.

L'urine ne contient pas d'albumine.

3 *juillet.* La desquamation continue sur l'abdomen, sur le thorax, sur le dos et les épaules. La tuméfaction des paupières a diminué, de même la démangeaison aux poignets.

Sur le visage, la desquamation a aussi commencé.

4 *juillet.* La desquamation continue sur toute la surface de la peau atteinte par la rougeur. Pendant ce troisième séjour du malade dans nos salles, la température n'a pas dépassé 37°,1 le matin et 37°,5 le soir.

Le 8 *juillet*, le malade demande à sortir et il est congédié, ne voulant plus rester, quoique la desquamation ne soit pas encore complètement terminée.

Voici maintenant les lésions trouvées dans les fragments de peau que nous avons pris de ce malade, et que l'on peut constater en observant nos préparations. (*Voir les planches qui se rapportent à cette communication à la fin du volume.*)

En commençant l'examen microscopique, on voit, de la surface vers la profondeur, que la couche superficielle de la couche cornée est épaissie et exfoliée par places.

Cette couche, qui se colore en jaune foncé par le picrocarminate, est stratifiée et séparée de la couche suivante par quelques fibres isolées, minces, épidermiques, formant un réseau rare.

La couche est tout à fait uniforme, elle se colore en rose uniforme, de sorte qu'on ne distingue plus les cellules qui la constituent.

Ensuite on observe une couche bien prononcée de cellules contenant de

l'éléidine et qui passe sans limite marquée dans les couches supérieures du réseau de Malpighi, qui est assez épaisse, mais qui présente certaines particularités. Ainsi on constate dans certains points que les cellules de l'éléidine se prolongent au niveau des parties interpapillaires, et souvent on croit avoir affaire à des îlots de ces cellules au milieu du réseau.

Une particularité très évidente existe à la limite inférieure du réseau malpighien.

Ici existe toujours une accumulation des éléments embryonnaires mononucléaires.

Ces cellules pénètrent le long des vaisseaux dans les papilles, et on trouve parfois un épaississement terminal des papilles produit par ses éléments.

L'épithélium, autour du sommet des papilles, montre des fentes intercellulaires plus grandes qu'à l'ordinaire, mais c'est surtout dans la partie interpapillaire que l'infiltration cellulaire, disposée en série transversale à la surface, pénètre dans la couche épithéliale. De sorte qu'on n'y distingue plus la limite entre l'infiltration et l'épithélium.

On voit que concurremment avec une pénétration des cellules embryonnaires entre les cellules du réseau de Malpighi, ces dernières sont atrophiées ou bien montrent des caractères embryonnaires.

Le tissu du derme est un peu œdématié et en même temps infiltré le long des vaisseaux par les mêmes éléments embryonnaires; tandis que les follicules et le tissu profond de la peau sont peu modifiés.

Ainsi, comme on vient de le voir, à côté des lésions inflammatoires qu'on trouve dans la peau de ce malade, on y trouve une couche assez épaisse de cellules d'éléidine, qu'on ne rencontre pas à l'état normal dans ces régions.

De plus, comme on peut le voir dans nos préparations, les gouttes d'éléidine diffusent vers la couche cornée, et par places, des cellules de l'éléidine avancent, et même siègent sur la couche cornée.

Cette dernière est presque partout en voie d'exfoliation, et dans certains endroits elle met même à nu la couche de Malpighi.

On trouve par ci par là des globes épidermiques siégeant tantôt à la partie inférieure de la couche cornée, tantôt à la partie supérieure du réseau de Malpighi.

Dans un endroit même de la pièce, on voit au-dessus du stratum granulosum, un de ces corps épidermiques, jeune, entouré d'une zone épaisse, granuleuse d'éléidine. A la périphérie de cette zone, on distingue des cellules rondes, sphériques, entourant et contenant des granulations de cette même éléidine.

Comme l'éléidine joue un certain rôle dans la kératinisation, et qu'à l'état normal, dans la peau du bras et du genou, le stratum granulosum est moins prononcé que dans les fragments de peau que nous venons d'étudier, il faut admettre une activité anormale et une formation plus

abondante d'éléidine, en rapport avec la desquamation répétée qu'on observe dans cette dermatose.

De plus, les lésions inflammatoires, qu'on trouve dans l'érythème scarlatiniforme récidivant, ne peuvent pas être comparées avec d'autres dermatoses où il y aussi formation de squames, puisque dans le psoriasis, dans l'eczéma où nous avons de la desquamation, il y a disparition du stratum granulosum et de l'éléidine ; et Suchard dit qu'il y a disparition de ces couches partout où l'épiderme se soulève pour faire une squame (1).

Mais comme les études de ce dernier auteur ont porté sur le psoriasis et la vésicule de l'eczéma, il ne pouvait prévoir que dans l'érythème scarlatiniforme qui nous occupe, où il y a soulèvement épidermique et desquamation, le stratum granulosum et l'éléidine fussent aussi manifestes. Je crois donc que le type d'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant doit avoir sa place à côté des autres dermatoses bien connues; puisque, d'un côté, l'analyse histologique nous montre des lésions épidermiques en rapport avec la desquamation abondante et répétée qu'on observe chez ces malades, et que, d'autre côté, l'évolution clinique des phénomènes observés dans les cas types de cette dermatose se présente toujours de la même façon.

Il ne faut donc pas confondre, avec l'érythème scarlatiniforme desquamatif, les érythèmes survenus à la suite de certaines substances médicamenteuses ou alimentaires. La belladone, le datura stramonium, le sulfate de quinine même, l'antipyrine, etc., déterminent chez certaines personnes des érythèmes. Mais la disparition rapide de l'éruption, l'absence de récidive, et même l'absence de la généralisation de l'éruption, suffisent pour ne pas confondre ces éruptions avec une dermatose qui a son histologie pathologique.

L'eczéma que l'on peut produire par l'emploi des irritants divers, par l'insolation, n'est pas un vrai eczéma.

Si l'on s'en rapporte à l'observation du malade qui fait le sujet de cette note, on voit qu'il a été atteint de cette même dermatose à plusieurs reprises différentes, et qu'en moins d'une année il est venu se faire soigner trois fois dans mon service. La première fois qu'il a été dans nos salles, son éruption a été bien plus généralisée que les fois suivantes ; et il nous a dit que les deux autres fois précédentes, l'intensité de l'éruption était la même que lorsque nous l'avons vu pour la première fois. Il semble donc que la vitalité ou le pouvoir morbide de cette derma-

(1) Suchard. *Archives de physiologie*, 1882, p. 208.

tose s'épuise avec le temps, et cela se comprend en se rapportant aux données de pathologie générale.

Je ne crois pas qu'on puisse mettre en doute l'existence d'un érythème scarlatiniforme récidivant type, chez ce malade.

En effet, le malade appartient à la classe des gens qui ne se soignent pas par des médicaments à l'intérieur, et comme il me l'a du reste affirmé, l'apparition de son éruption récidivante ne peut pas être mise sur le compte des substances médicamenteuses.

D'un autre côté, les récidives survenues à des périodes différentes, et avec des phénomènes de moins en moins prononcés, et enfin, pourquoi n'insisterais-je pas, les lésions histologiques prouvent, comme nous venons de le dire, que dans ce cas nous avons eu affaire à un cas type de la dermatose qui nous occupe.

Notre malade n'a pas eu la moindre angine, pas d'albumine ou de sucre dans les urines, de sorte que nous ne pouvons pas trouver ici une diathèse.

Ce malade n'a jamais eu de rhumatisme, et il n'a présenté aucune altération du côté du cœur et des gros vaisseaux.

Du reste, les cas décrits comme appartenant à l'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant chez des gens rhumatisants, en puissance même du rhumatisme, et qui avaient pris du salicylate de soude, ne doivent pas rentrer, je crois, dans le type vrai de cette dermatose.

Quant à la nature de cette dermopathie, on ne peut, je crois, encore rien affirmer, vu le nombre restreint des cas publiés.

Je crois donc pouvoir conclure de la comparaison des deux cas que je viens de vous soumettre que le *pityriasis rubra* et l'*érythème scarlatiniforme desquamatif* sont bien deux maladies distinctes, autant d'après leur évolution clinique que par leur histologie pathologique.

Dans le pityriasis rubra, nous avons vu que les lésions étaient celles d'une inflammation chronique, scléreuse avec oblitération des vaisseaux de la peau, entravant considérablement la nutrition de la peau ; et de même que la marche de la maladie est chronique et progressive, de même les lésions sont progressives.

Dans l'érythème scarlatiniforme, maladie de courte durée, les lésions sont aussi moins avancées que dans le pityriasis, et sont en rapport avec la desquamation lamellaire qu'on rencontre dans cet érythème.

M. Radcliffe Crocker (Londres) (1) : The object of my paper is : Primarily to bring out prominently the intimate relationship existing between Pity-

(1) Résumé. — La communication de M. Radcliffe Crocker a pour but de faire res-

riasis rubra and Articular Rheumatism and Gout, and: Secondarily, to discuss any other lessons which the study of those cases which have occurred in my own experience affords. With these views I will first briefly recount a case of general Psoriasis of peculiar type, in the course of which acute Pityriasis rubra developed while under observation, associated with most severe and varied rheumatic phenomena, and I will then present you with an analysis of the whole 20 undoubted cases which have come under my observation in the last ten years.

The patient was a married woman *æt* 26, who was admitted into University College Hospital on May 5th, 1886. Her family history was remarkable. On the maternal side, the great-great-grandfather, the grandfather, the mother, uncle, aunt and brother of the patient had all suffered from a dry scaly eruption, similar to that of the patient. Another brother had had rheumatic fever, and the father suffers from chronic rheumatism. The brother, who was covered with a scaly eruption, died of « blood poisoning ».

The patient, who has been married four years, has had two healthy children. She first suffered from the eruption, when 14 years old, on the head and face.

---

sortir les rapports intimes qui existent entre le pityriasis rubra et le rhumatisme articulaire et la goutte.

Voici d'abord, résumée en quelques mots, une observation de psoriasis généralisé, à caractères spéciaux, au cours duquel se sont développés un pityriasis rubra aigu et des phénomènes graves de rhumatisme. L'auteur analysera ensuite une série de vingt cas analogues.

Obs. — Femme mariée, vingt-six ans, deux enfants bien portants, admise le 5 mai 1886 à l'University College Hospital. Antécédents héréditaires très nets de psoriasis et de rhumatisme.

L'éruption qu'offre actuellement la malade apparut pour la première fois à l'âge de quatorze ans, sur la tête et la face. Depuis lors, à chaque printemps, nouvelle poussée avec début à la face. Tendance à la généralisation. L'année dernière (1885), rhumatisme et ankylose des articulations des doigts.

5 *mai.* — Jour de l'entrée, toutes les parties du corps sont plus ou moins affectées.

L'aspect général de l'éruption rappelle celui du psoriasis. Sur le dos des bras et des avant-bras, la peau est épaisse et rude comme une muscade râpée (nutmeg grater) recouverte de squames nacrées. Au pli du coude et aux doigts, éruption moins abondante de papules de psoriasis typique, qui offrent une tendance à se grouper en anneaux. Sur la paume des mains, les papules sont acuminées, non squameuses. Aux doigts et aux orteils, on voit une épaisseur de squames de près de trois quarts de pouce. Le cuir chevelu aussi est couvert d'une couche épaisse de squames. Rien à la langue, ni aux muqueuses. Ailleurs, l'éruption n'a rien d'anormal.

Les doigts sont atteints d'ankylose ancienne.

Rien au cœur. Ni sucre, ni albumine. Bon état général.

Traitement par la liqueur de Fowler, en injections sous-cutanées, à la dose de trois à cinq gouttes. Jusqu'au 17 juin, amélioration sensible et progressive.

17 *juin.* — Apparition de nouvelles taches au front, aux joues, sur le dos des mains, aux jambes et aux cuisses. Apyrexie.

21 *juin.* — L'état des jambes s'aggrave. Elles sont rouges et sensibles. Nouvelle poussée de papules. Les articulations des doigts de la main droite se gonflent. Nombre d'articulations sont douloureuses. — Rhumatisme articulaire aigu. — Salicylate de soude.

25 *juin.* — Endopéricardite. Vésicatoire.

It recurred the following spring, and has done so every year since; always beginning on the face. A year before admission, she had rheumatic fever, which permanently crippled her finger joints. The rash, which was bad before the fever, became worse during it, coming all over her, and has not been well since, and she is much thinner. On admission, — every region is more or less involved, including the palms, soles, toe and nger finails, (as in the drawing shewn), but there are free areas of healthy skin of varying extent. It is almost continuous on the abdomen, forearms and thighs, and the back is uniformly covered, but not in a continuous sheet, as the drawing illustrates.

Characters of the eruption. — The general aspect of the disease suggests Psoriasis. On the back of the arms and forearms the skin is thick and rough as a nutmeg grater, uniformly covered with silvery scales, but although more abundant in some places than others, the are nowhere re the characteristic crusts of Psoriasis. On the flexor aspect of the forearms and on the fingers, where the eruption is less abundant, the constituent elements of the eruption are seen to consist of papules, the size of a large pin's head, with a silvery cap, leaving, on removal a bright red surface, wich bleeds readily. The outline of the papules is roundish or irregular, flatly convex, but not gliste-

---

1er *juillet.* — Iritis rhumatismale double. Atropine, lotions boriquées.

23 *juillet.* — Guérison du rhumatisme. Un léger souffle cardiaque persiste.

Pendant le cours du rhumatisme, les caractères de l'éruption ont changé. C'est là que réside l'intérêt de l'observation. L'auteur y insiste. Les petites squames de psoriasis ont peu à peu disparu et ont été remplacées par de larges lamelles squameuses, recouvrant de grandes surfaces rouges, lisses, fissurées et crevassées.

Tout porte à penser à un début de pityriasis rubra. Peu à peu, les nouveaux caractères s'accentuent. Mais, au voisinage des plaques de pityriasis rubra, il persiste toujours quelques papules squameuses de psoriasis.

L'auteur fait suivre cette observation de considérations diverses. Et d'abord, le développement du pityriasis rubra a paru étroitement lié à l'apparition du rhumatisme. Pourtant l'arsenic a peut-être joué dans ce cas le rôle de cause déterminante, car la dose d'arsenic habituellement administrée a été augmentée précisément avant l'explosion du pityriasis. Quelqu'un des membres du Congrès connaîtrait-il des exemples de semblables lésions provoquées par l'arsenic?

Quoi qu'il en soit, il s'agit très nettement ici d'un pityriasis rubra secondaire. Mais secondaire à quelle affection? C'est d'habitude plus fréquemment le psoriasis qu'il complique. Ici, les caractères de l'éruption première, les antécédents héréditaires, les rechutes, plaident en faveur du psoriasis; bien que la persistance si caractéristique de quelques-unes des papules autorise à soupçonner une forme de lichen ruber. Enfin, l'auteur n'est pas loin de penser, après lecture de la monographie magistrale de M. Besnier, qu'il s'est trouvé en présence d'un cas de pityriasis rubra pilaris.

Passant à l'étude statistique des 20 cas de pityriasis rubra primitifs ou secondaires qu'il a rencontrés dans sa pratique, l'auteur compte 2 malades de vingt à quarante ans; 12 de quarante à soixante ans; 5 de soixante à soixante et onze ans. — Il y a 15 hommes et 5 femmes. (Il est à remarquer, d'ailleurs, qu'il existe toujours plus de fréquence chez l'homme.)

Dans le nombre, l'auteur a trouvé 10 cas primitifs et 10 cas secondaires, 6 à du psoriasis, 2 à de l'eczéma, 1 à de l'érysipèle, 1 à une « dermatitis arnica », le vingtième cas s'est développé sur un sujet atteint de tylosis palmaire et plantaire congénital. En ce qui concerne les antécédents, l'auteur trouve, sur 18 malades interrogés à ce sujet, 12 goutteux ou rhumatisants. Ces faits, joints à l'observation détaillée ci-dessus, établissent une corrélation intime et non de hasard entre le pityriasis rubra et la goutte ou le rhumatisme. — (L. W.)

ning ; where not too closely set, a tendency to group into rings is perceptible. In the palms the papules are acuminate, without scales and show a tendency to vesiculation. The finger and toe nails look like scaly crusts, really consisting of horny masses 3/4 inch thick, split into scales. On the back the eruption is almost uniform. At a distance it seems almost covered with silvery scales, but on close inspection it is evidently composed of ringed or gyrate groups of papules, some discrete, some coalescent ; the skin within the ring being normal or only slightly scaly. This is best seen on the upper part of the back, and where the eruption is not too dense, single papules are scattered between the rings. The lower limbs are for the most part like the forearms, but on the inner side of the knee the papules are more distinct than anywhere else, they are flatly convex, slightly scaly and not so angular as those of Lichen planus. The hair is dry and lustreless, but not much thinned, and the scalp is covered with a dense scaly crust. The tongue and mucous membranes are not affected. The fingers are partially ankylosed from the previous rheumatism, but the heart is unaffected, there is no albumen or sugar in the urine, and all the viscera are healthy.

On May 22nd. The patient was ordered daily hypodermic injections of Fowler's solution of arsenic, commencing with three minims, increased in a few days, to 4 mimins. On May 29th. it was noted that « the skin is much better, and that the scales are all falling off », and the dose of arsenic was increased to 5 minims. She continued to improve and by June 8th. the back was nearly free from scales, and the face from papules, though it was still red, but the legs had not improved in proportion to the rest, and on June 13th. therefore, the arsenic was injected into the calf of the right leg to see if any local effect would be produced, but this was not successful, and on June 17th., some new spots appeared on the forehead, cheeks, the back of the hands, the legs and thighs, but there was no pyrexia. On the 21st., the legs were worse, they were red and tender, with a fresh crop of papules, and there was some lachrymation and pain in the eyes and head. On the next day the 2nd. and 3rd. finger of the right hand were swollen at the inter-phalangeal joints. Next, the fresh papules became more prominent, and horny crusts formed on the legs and feet, and when the crusts were removed the surface beneath was slightly moist, and excoriated looking, and bright red points were visible with a lens, and for several days itching had been a marked symptom. Several joints were now tender and painful, there was puffy swelling and redness at the root of all the nails of the right hand and on the first two fingers of the left, and the eruption on the face was extending all over both cheeks, and the centre of the forehead and nose.

On June 24th, she was ordered salicylate of soda, and the next day alkaline baths. On the evening of the 25th her temperature was 103°6 F :, but it fell next morning to 101.6. There was then all over the chesta red scarlatiniform eruption without any papules. There was lachrymation and frontal headache.

Two inches inside the nipple line there was distinct diastolic and systolic pericardial friction, and at the apex there was a faint systolic bruit. A blister over the heart was ordered. The next day she was no better. The temperature varied from 101°2 to 102°6 F. The eyes were painful, especially with light, but the headache was better. The epidermis on the chest was cracking

in small spots as if peeling were about to commence. In other parts the old eruption was peeling off in large scabby flakes, and there was now no pain in the joints.

On the 28th, she was a little better, but very drowsy, the eyelids were swollen. The tongue was drier, but clearing at the edges. The urine was still free from sugar and albumen.

A little later, the skin of the chest, where the old eruption was, had peeled off, and looked like a commencing Pityriasis rubra.

On July Ist, the left eye was painful, the pupil dilated, and the iris had a greenish hue, and there was evidently iritis present, as well as conjunctivitis. She complained of pain and tenderness in the shoulders, knee and toes. The old scaly crusts continued to be thrown off, leaving the skin beneath, intensely hyperemic and by July 2nd, the whole surface as far as the knees was in a condition of fully developed Pityriasis rubra, the skin being uniformly red, with flaky scales which were very large imbricated and characteristic on the flanks, less detachable on the chest, and on the face comparatively small. On the arms, the old crusts which belonged to the preceding papular condition had not yet been thrown off, but a large portion of them was easily detachable, and the surface slightly moist; these crusts were thick with papular irregularities on the surface corresponding with the previous papules; but beneath they only showed faint indications of papules, and where it had been separated for a few days was quite smooth. The old skin of the finger tips was still undetached, and there were yellow points of imprisoned fluid visible through it. The thighs, which had thrown off the old skin last, were uniformly red ond were only just beginning to show signs of scaling. Below the knee, the old skin was still adherent with horny papules, from a hemp-seed to a small pea, in sise, united into a scaly crust quite concealing the colour of the skin, beneath, which when exposed was of deep red colour, slightly irregular and moist. Four days later, all the old skin had peeled off, leaving the feet very tender. On July 13th. the eyes were very painful, and my colleague, Mr Tweedy, examined them and diagnosed double Rheumatoid Iritis, ordering atropia and boracic acid lotions. Both shoulder and knee joints and the whole of the right arm were very painful, and the systolic murmur at the apex was more distinct. The urine was only 450 c. c. (16 oz;). in the 24 hours, and contained phosphates, but no albumen or sugar. The patient was extremely weak and her condition very critical. On July 23rd. the eyes were better and pericardial friction could no longer be heard, but the systolic murmur was very distinct. On July 31st. this murmur was much softer. The eyes were better, the arthritic pains nearly gone and the quantity of urine was 720 c. c. The skin also was less red and scaly.

From this time the patient steadily improved, fresh scales gradually ceased to form; the skin became paler and smooth, she gained strength daily. All the rheumatic symptoms disappeared, except that the previously stiffened and flexed finger joints were still more so, and there was a soft systolic murmur at the apex always audible. On September 19th, however, when the rest of her body was quite well, a few papules, somewhat of the old character appeared on the back and front of the chest. They increased a good deal on the back, below the scapulæ coalescing into irregular scaly patches, with a tendency to fom circles of 1/4 to 1/2 an inch, in diameter. The papules were from

a pin's point to a millet seed in size, some smooth but most of them scaly-there were a small number of papules also on the limbs. These fresh papules were much improved by inunctions of cod liver oil and the whole skin became quite clear, except on the back, which although improved was not quite cured whem she left the hospital, pratically well, on Octr. 27th. Her skin, however was very sensitive, and on the slightest excitement, the whole body would flush a deep red colour, which subsided in a few minutes, whith the exception of a small patch on the left cheek, which lasted for some time longer. The hair, which had nearly all fallen off, was growing vigorously when she went out.

The treatment may be summarized as follows.

As soon as the rheumatic phenomena set in, the hypodermic injections of arsenic, which had been continued for a month were stopped, and salicylate of soda given in 15 grain doses and the patient restricted to liquid food. She however, continued to get worse and worse and this was given up, and 5 grain doses of quinine given every 4 hours with effervescent citrate of potash and as much nourishment administered as the patient could take, together with a liberal allowance of brandy, the effect of which on the aulse was tested with the sphygmograph.

From the date of this change of treatment the improvement commenced and continued almost uninterruptedly.

In April 1889 I visited the patient at her own house. She stated that she had remained well for a long time after leaving the hospital, but that lately she had been getting worse again. The eruption was all over the limbs, face and scalp, but there was very little on the trunk, and this was in scanty scaly papules and patches about the shoulders and chest. The face, all over, was dry, red and brannily scaly. The scalp was covered with a dense scaly crust, and the limbs were also red and scaly, without papules, resembling and old Psoriasis or Pityriasis rubra, but not at all papular.

The fingers were completely crippled from ankylosis and she had a soft systolic mitral murmur. Her mothers limbs also were in a similar scaly condition of Psoriasis.

The question that at once suggests itself by the consideration of this case is: What was the cause of the development of the Pityriasis rubra? Associated as it was with rheumatic phenomena, it must, I think, be considered itself, a rheumatic manifestation, and indeed, the change for the worse in the skin preceded the arthritis, iritis, endo-and pericarditis, all admittedly rheumatic symptoms. As far as negative evidence goes, there was no reason to ascribe the rheumatic onset to a chill, and as the arsenic had been increased in dose just before the outbreak, I should like to ask the Members of the Congress whether there are any facts in their experience, which could lead one to suppose that the arsenic was in any way the determining factor.

Then as to the primary eruption, while the hereditary character, the frequent recurrence of attacks and the scaliness in parts are all in accor-

dance with Psoriasis, the persistence of the papular character in some parts, both in the mother and the patient, was so very striking and peculiar that I was rather inclined to the view of it's being a form of Lichen ruber. The later condition as seen in April last, in both mother and daughter was much more distinctly that of Psoriasis, though it was not quite characteristic; and since reading M. Besnier's masterly monograph, it has occurred to me, that it might have been really a case of « Pityriasis rubra pilaire », but on this point I should be glad of his opinion and that of other Members of the Congress.

In the treatment it is noteworthy that while she went steadily down hill, even to death's door, as long as the salicylates and the restricted diet of rheumatic fever were persisted in, she immediately began to improve with 5 grain doses of quinine in an effervescing citrate of potash mixture, and a strongly supporting dietary of every kind.

Passing on to the analysis of the whole 20 cases. Twelve of them were Hospital and 8 private cases. 6 of the Hospital were universal and 6 were partial, all of these being very extensive, and some of them nearly universal. Of the private cases 3 were universal and 5 were partial. Making in all 9 universal and 11 partial. With regard to sex 15 were males, and 5 were females. This is an even larger proportion than in Dr. Stephen Mackenzie's 20 cases namely 13 to 7, exclud-ing the Pemphigus Foleaceus case. The youngest was 26 years old the oldest 71 (1).

Arranging them in decades there were :

From	20	to	30.	1.
—	30	—	40.	1.
—	40	—	50.	9.
—	50	—	60.	3.
—	60	—	70.	4.
—	70	—	80.	1.

In these decades the Ist number is included in the decade. The large preponderance of cases occurring at and beyond middle life is noteworthy. Indeed, M. Hardy states that he has never seen it under 40, but it does occur even in childhood and infancy, though in the latter it is extremely rare, and many cases thus diagnosed are really due to Con-

(1) Since these statistics were drawn up, I have had a male infant of 2 months old with undoubted Pityriasis rubra, probably primary, though at first there was slight moisture. Except that the Father was strumous there was nothing in the Family History.

genital Syphilis. Four cases had had previous attacks, one of them as many as 15 or 16, and nearly all of them universal.

Ten cases were primary, 6 were subject to Psoriasis and the disease developed from that, except where there had been more than one attack of Pityriasis rubra, in which case it began at once as Pityriasis rubra. Two developed from Eczema 1 from erysipelas, 1 from arnica dermatitis, and in this last a second attack of Pityriasis rubra followed immediately on recovery from the first in consequence of a chill, which frequently determines the onset of the disease. One of them was the subject of hereditary Tylosis palmæ et plantæ, and he was probably also eczematous. There was also, it may be remembered a strong hereditary predisposition to Psoriasis, in the text case; in this case also there was a strong family history of acute and chronic rheumatism.

With regard to general antecedent conditions 5 had had acute rheumatism, and two others had cardiac murmurs though there was no history of Rheumatism, 4 had had gout, one of these being also subject to rheumatism, and one other had lived very freely, as butler at a club, but had never had overt gout or rheumatism. In 5 there was no evidence of rheumatism or gout, and in 2 the notes gave no information. Thus, of the 18 cases in which the point had been enquired into, counting the two cardiac cases, there were 11 subject to Gout or rheumatism, and one other, whose habits were condusive to the gouty state.

These facts coupled with the intimate association of the arthritic and skin phenomena in the case read in extenso, show that the association of Pityriasis rubra, with rheumatism or gout is not one of mere chance, but that they are very closely and probably etiologically related.

Although I have long known that there was a relation between rheumatism and Pityriasis rubra, and have alluded to it elsewhere, I was not aware of the extent and closeness of that relation and of that of gout also, until I came to analyse these cases, and I think it will be admitted that this connection is more strongly brought out in 18 consecutive cases in one man's practice, than if I had collected a larger number from other sources; in many of which, perhaps, this point had not been gone into. Indeed I have examined nearly all modern treatises on disease of the skin, and it is not even mentioned, but it has been observed by my friend (1) Dr. Barlow. It would appear also, that the

(1) In Dr. Stephen Mackenzie's interesting analysis of 20 cases of this disease which have come under his observation 4 were recorded as having had gout or rheumatism (*British Journal of Dermatology*, july 1889).

disease may be primary or secondary to other forms of dermatitis, of which Psoriasis is by far the most common in my experience, then comes Eczema, and while other kinds of antecedent dermatitis occur, but rarely, in comparison to these two Although I am not aware that Arnica dermatitis has ever been met with before as an antecedent M. Brocq has recorded a case following Chrysarobin rash, occurring, I believe in the St. Louis Hospital. So that, I think it must be admitted that any kind of dermatitis may be the starting point of a Pityriasis rubra. The disease is apparently more common in males than females, possibly because they are more exposed to vicissitudes of temperature, and are more frequently rheumatic or gouty. It is also mainly a disease of adults.

In conclusion I would again emphasize the great value of Quinine in large doses in the acute form ; I think too, it is important that it should be given combined with alkalies, as in the effervescing citrate of potash mixture, with the quinine dissolved in the acid part of the mixture. Given in this way and free action of the bowels being secured, even in such doses as 5 grains every four hours, it can nearly always be tolerated, without any of the usual inconveniencies of the drug. I attach the highest importance also, to local treatment, but this point I do not propose to discuss. I forbear, also, to allude to many other interesting points in this important disease, as I fear I have trespassed on your indulgence too long already.

M. Jamieson (Édimbourg) (1) : The term pityriasis rubra does not now convey to us with our extended acquaintance with dermatology, the same concrete impression which it did when first introduced by von

(1) Résumé. — 1° Le terme de pityriasis rubra n'a plus la signification concrète que lui avait donnée Hebra. Il répond aujourd'hui à une phase de la dermatite exfoliatrice généralisée, soit primitive, soit consécutive à d'autres affections cutanées telles que l'eczéma, le psoriasis, le pemphigus, le lichen.

2° Les cas décrits sous le nom de pityriasis rubra pilaris doivent être le plus souvent considérés comme des accidents concomitants de divers états de la peau plutôt que comme une maladie spéciale. Ces accidents sont mal dénommés, puisque, à une période donnée, on les retrouve dans les paumes où il n'y a pas de follicules pileux. Cette affection est distincte du pityriasis rubra, de la dermatite exfoliatrice et du psoriasis, et, d'autre part, elle n'est pas identique au lichen ruber tel qu'il a été décrit par Hebra.

3° Je ne puis définir la relation, si elle existe, entre la dermatite exfoliatrice généralisée primitive et l'érythème scarlatiniforme. Au surplus, cette dernière dermatose paraît plus superficielle, plus fugace ; elle n'est pas suivie de desquamation en larges lames, mais plutôt en écailles pulvérulentes. On la rencontre très fréquemment chez les enfants, tandis que la dermatite exfoliatrice généralisée est presque exclusivement une maladie de l'âge adulte. L. W.

Hebra. It is now with much greater propriety regarded as but a phase of general exfoliative dermatitis, which though in certain cases of independant origin, yet may in others develop out of or succeed to, some other form of cutaneous affection, as an eczema, a psoriasis, a pemphigus, or a lichen, the same essential features being reproduced in all cases. Such features are, intense redness of skin, at the outset localized, later on generalized ; frequently extreme sensitiveness to cold, or to changes of external temperature; the exfoliation of, 1. either thin films of horny epidermis, from a dry substatum-the pityriasis form; or 2. of thicker leaflets or flakes from a more or léss moist surface-the pemphigus variety. While it is true that some cases are comparatively rapid in their course, and benign in their character, while others are protracted and incurable, yet the lines of demarcation between such can not yet be drawn with sufficient accuracy to enable us to distinguish invariably one form from another. Both the dry and the moist are dangerous, the latter perhaps especially, since there is naturally greater risk in it of septic absorption.

2. After a careful and impartial perusal of many cases described under the name of pityriasis rubra pilaris, and the comparison with such of some instances of skin disease which would be by some placed in this category, I am inclined to the opinion that this condition of pityriasis pilaris, while it may be the sole symptom, is rather to be regarded as an accidental concomitant of several morbid states of the skin, than as a disease per se. Thus it may be met with in association with psoriasis, yet such a combination is not common. This view can be expressed with the greater certainty, since psoriasis is such a frequent disease in Scotland, that the implication of the hair system, found in pityriasis rubra pilaris, could not escape notice, were it present at all. The same condition is seen in some instances of exfoliative dermatitis, both in the early stage, and as a sequence. The name attached ot it is a misnomer, for it is found in one of its phases on the palms, where there are no hair follicles.

I consider that it is an affection distinct from pityriasis rubra or exfoliative dermatitis and from psoriasis, and that there is no evidence yet adduced to prove that it is identical with lichen ruber as originally described by von Hebra.

3. Though I have seen numerous cases of erythema scarlatiniforme and a considerable number of primary general exfoliative dermatitis, I cannot pronounce definitely as to the relation, if any which exists between them. On the whole the scarlatiniform erythema seems the more superficial and fugitive process, is not usually at all events fol-

lowed by flaky desquamation, rather by a powdery scaling, and seldom, if ever by the eruption of bullae, and is most commonly met with in children, wich contrasts whith general exfoliative dermatitis, a condition, according to most authors, nearly exclusively encountered in adults.

M. Brocq (Paris) : En dehors des fièvres éruptives classiques, il est toute une grande catégorie de dermatoses encore assez mal connues que caractérisent, au point de vue objectif, une rougeur généralisée du derme et une desquamation plus ou moins abondante de l'épiderme. Ces faits ont été décrits sous les noms les plus divers; mais c'est surtout sous l'étiquette de pityriasis rubra qu'ils ont été publiés depuis les travaux de Devergie et de Hebra. Ce sont les érythrodermies exfoliantes de M. le docteur E. Besnier.

Nous croyons avoir démontré, après quelques autres dermatologistes, que ce groupe n'est pas homogène. Voici, d'après nous, quelles sont les principales dermatoses qui peuvent présenter ce syndrome.

Nous distinguerons tout d'abord les trois affections suivantes qui ont bien leur individualité propre :

1° Le *pityriasis rubra pilaris* de Devergie-Besnier-Richaud, maladie bien définie comme symptomatologie et comme histologie, qui nous paraît se rapprocher beaucoup du psoriasis. C'est le lichen psoriasis et le lichen ruber de certains auteurs anglais et américains. Il ne revêt d'ailleurs ni constamment, ni à toutes ses périodes, l'aspect d'une éruption généralisée rouge et desquamative.

2° La *lymphodermie pernicieuse* de M. le professeur Kaposi, et probablement *certaines variétés eczématiformes généralisées de mycosis fongoïde*, affections encore assez mal connues, mais que l'on commence déjà à savoir diagnostiquer.

3° Les *éruptions généralisées rouges et desquamatives d'origine artificielle*, médicamenteuses pour la plupart et qui résultent soit d'applications de topiques à la surface de la peau, soit d'ingestion de certaines substances, soit d'auto-infections. Cette classe d'érythèmes scarlatiniformes médicamenteux est fort importante, et, plus je l'étudie, plus je suis convaincu que la plupart des érythèmes scarlatiniformes desquamatifs récidivants ou non récidivants décrits jusqu'à ce jour ont une origine artificielle.

Nous croyons devoir encore mettre à part deux autres groupes d'éruptions généralisées rouges et desquamatives; ce sont :

4° Les *poussées aiguës et généralisées qui se produisent assez souvent dans le cours d'un eczéma, d'un psoriasis, beaucoup plus rarement d'un lichen*

planus, et qui n'ont d'ordinaire ni très longue durée, ni généralisation absolue, ni évolution cyclique ; il est presque toujours possible de retrouver dans ces cas, avec quelque soin, l'élément caractéristique de la dermatose antérieure.

5° Les *herpétides exfoliatives* de Bazin qui surviennent chez des sujets débilités, depuis longtemps atteints de dermatoses rebelles, telles que l'eczéma, le psoriasis, le pemphigus, peut-être le lichen planus et le pityriasis rubra pilaris.

Si nous laissons de côté tous les faits dont nous venons de parler, nous nous trouvons en présence d'éruptions généralisées rouges et desquamatives dites essentielles qui ne rentrent dans aucun des cadres morbides précédents et dont l'étude est encore tout à fait incomplète. Ce sont eux auquels on pourrait avec une apparence de raison conserver le nom générique de pityriasis rubra. Il est probable qu'on les classera peu à peu en un certain nombre de variétés distinctes; quoi qu'il en soit, voici quelles sont les formes morbides que nous croyons dès maintenant pouvoir admettre :

1° *Érythème scarlatiniforme desquamatif ou dermatite exfoliative aiguë bénigne;*

2° *Dermatite exfoliative généralisée proprement dite ou subaiguë;*

3° *Dermatite exfoliative généralisée chronique;*

4° *Pityriasis rubra grave de Hebra;*

5° *Pityriasis rubra subaigu bénin.*

1° *Érythème scarlatiniforme desquamatif ou dermatite exfoliative aiguë bénigne.* — Nous désignons sous ce nom une sorte de pseudo-exanthème caractérisé par un début assez franc, fébrile, simulant celui de la scarlatine, par une éruption d'un rouge intense, uniforme, qui tend rapidement à se généraliser et par une desquamation sèche, lamelleuse, fort abondante, composée de squames de grandeurs variables, suivant les divers points du corps, et qui commence à se produire bien avant la disparition de la rougeur.

La guérison survient d'ordinaire en deux à six semaines. Les cheveux et les ongles peuvent être atteints, ils tombent parfois, mais ce n'est pas la règle. Cette dermatose peut récidiver plusieurs fois et, dans ce cas, les poussées successives semblent devenir de moins en moins longues et sévères.

2° *Dermatite exfoliative généralisée proprement dite ou subaiguë.* — Nous désignons ainsi, avec notre excellent et très honoré maître, M. le docteur E. Vidal, une maladie générale qui ne semble pas être contagieuse et qui a une évolution cyclique (périodes d'augment, d'état et de déclin).

Elle est fébrile dans ses deux premières périodes avec maximum vespéral. Le début est parfois soudain, rapide, plus souvent insidieux ; on voit apparaître une ou plusieurs taches rouges, prurigineuses, qui s'étendent et se généralisent à tout le corps en deux ou dix jours. A la période d'état, les téguments dans leur totalité sont envahis par une rougeur intense ; ils sont un peu épaissis, quelquefois même lardacés et comme tendus ; quelques jours après l'apparition de la rougeur, l'épiderme s'exfolie, et, dès lors, commence une abondante desquamation de fines lamelles nacrées, sèches, de dimensions très variables, mais qui ont en moyenne sur le tronc et les membres de 2 à 3 centimètres de long sur 1 centimètre à 1 centimètre 1/2 de large ; elles se recouvrent parfois comme des tuiles de toit.

Les poils tombent presque toujours en totalité ou en partie ; il en est souvent de même des ongles, qui sont tout au moins altérés et présentent de profonds sillons transversaux. A certaines périodes de la maladie et en certains points du corps, surtout vers les plis articulaires, il peut se produire un suintement plus ou moins abondant et fétide, et dès lors l'éruption ressemble à l'eczéma. On voit parfois survenir des bulles pemphigoïdes, des pustules, des furoncles, etc... Les démangeaisons sont presque constantes, il en résulte des excoriations et du suintement. Les malades éprouvent aussi assez souvent une sensation pénible de cuisson ou de chaleur ; ils ont froid dès qu'on les découvre. Les muqueuses peuvent être prises, les ganglions sont souvent tuméfiés.

Comme complications notées, nous signalerons les anthrax, les abcès tubériformes ou profonds, les phlegmons, les eschares, la surdité, l'iritis, les manifestations articulaires, les endocardites, les paralysies partielles, les paraplégies, l'obnubilation intellectuelle.

Quand elle est bénigne, la maladie évolue en trois ou quatre mois; quand elle est intense, en cinq ou six mois; quand elle est prolongée par des complications graves ou des poussées successives, elle met six à dix mois et même un an pour arriver à la guérison complète. Elle peut se terminer par la mort vers le troisième ou quatrième mois, avec diarrhée, épuisement graduel ou complication grave, surtout du côté des poumons.

Les rechutes et les récidives sont possibles.

On voit donc que l'érythème desquamatif scarlatiniforme est l'affection qui se rapproche le plus de la dermatite exfoliative ; on a pu le considérer avec quelque raison comme une dermatite exfoliative au petit pied et de courte durée. Il existe, d'ailleurs, des faits d'érythème scarlatiniforme desquamatif prolongé avec chute des poils et des ongles qui constituent des faits de passage entre les formes légères de la dermatite exfo-

liative généralisée proprement dite et les formes communes de l'érythème scarlatiniforme desquamatif.

3° *Dermatite exfoliative généralisée chronique.* — Je crois pouvoir, dès maintenant, décrire, à côté de la forme typique ou subaiguë de la dermatite exfoliative généralisée, une forme chronique de la même affection. Le fait suivant, que je dois à la parfaite obligeance de mon excellent et très honoré maître, M. le professeur Fournier, et que j'ai observé dans son service en 1883, peut en être considéré comme un exemple des plus nets. Il fixe, ce me semble, les principaux caractères cliniques de cette forme morbide.

Le 12 mai 1883, entre au n° 70 de la salle Saint-Louis, service de M. le professeur Fournier, un homme âgé de cinquante ans, sellier, sans aucun antécédent morbide ni personnel, ni héréditaire. L'éruption dont il est atteint a débuté il y a trois ans par de simples démangeaisons aux jarrets. Le malade s'est gratté, et il est survenu, à la suite du grattage, de la rougeur, du suintement et des croûtes. La lésion est restée ainsi cantonnée aux mollets pendant quatorze mois. Puis elle s'est graduellement étendue, a gagné les cuisses, le tronc et enfin la tête. Lors de son entrée à l'hôpital, il y a déjà quatre mois que la généralisation est absolue. Sur le tronc et la face, il n'y a jamais eu ni vésicules ni suintement.

Le malade est grand, vigoureux, a bon appétit, et toutes ses fonctions s'exécutent parfaitement bien. Le corps tout entier, y compris la paume des mains, la plante des pieds et le cuir chevelu, est d'un rouge vif. Les téguments ne sont pas douloureux à la pression, mais prurigineux, et sont un peu épaissis; ils sont recouverts de squames larges, sèches, nacrées, transparentes, dont quelques-unes atteignent, sur le tronc et les membres, les dimensions de 3 centimètres sur 1 centimètre 1/2. Celles de la figure et du cuir chevelu sont plus petites. Elles adhèrent d'ordinaire par un de leurs bords, flottent par le reste de leur étendue et sont disposées perpendiculairement à l'axe du membre sur les bras, parallèlement à cet axe sur les avant-bras. Elles ne s'imbriquent pas, mais elles laissent entre elles des intervalles variables, au niveau desquels on voit le derme d'un rouge vif. Tous les matins, on recueille dans le lit une grande quantité de squames.

Sur la face dorsale des mains et des pieds se voient des fissures transversales d'un rouge brun, sèches, assez profondes et douloureuses. Depuis la guerre de Crimée, le malade a perdu les cheveux du sommet de la tête. Mais depuis deux mois, ceux des régions latérales du cuir chevelu commencent à tomber. Il en est de même de la barbe, des sourcils, des cils, des poils du corps. Les ongles des pieds et des mains sont épaissis, d'un jaune un peu brunâtre, soulevés par des productions cornées irrégulières; ils sont rugueux et sillonnés de stries blanchâtres longitudinales, au niveau desquelles ils ont perdu leur poli et semblent être en desquamation.

Les ganglions inguinaux sont tuméfiés, durs et indolents; ceux des aisselles, quoique moins volumineux, sont également hypertrophiés. Il n'y a pas d'albumine dans les urines, pas de fièvre.

Le 23 mai, il se produit un léger mouvement fébrile et une sorte de poussée

inflammatoire à caractère eczémateux. Le cuir chevelu, la face, les membres inférieurs, se tuméfient et suintent quelque peu. Dès le 29 mai, toutes ces régions reprennent leur aspect habituel; mais il persiste de l'œdème de la jambe gauche et des pieds, qui sont douloureux et ne permettent pas au malade de marcher.

Au mois de juin, il se produit des abcès multiples sous-cutanés.

En août, on note que les téguments sont épaissis, quelque peu rigides; mais, en somme, l'aspect est à peu près semblable à ce qu'il était lors de l'entrée. De temps en temps, il survient de légers mouvements de fièvre, surtout vers le soir. Le thermomètre monte à 38°,5 ; le pouls est à 108. Le malade perd les ongles des mains; il a un peu d'amblyopie. A mesure que la dermatose se prolonge, on voit distinctement une teinte brunâtre foncée, pigmentaire, qui se développe de plus en plus sur les téguments.

Dans le courant de novembre, l'état commence à s'améliorer. Aussi le malade quitte-t-il l'hôpital le 27 novembre. Ce n'est cependant que vers la fin de janvier 1884 que la desquamation, la rougeur et l'infiltration des téguments disparaissent. Les pigmentations brunâtres persistent jusqu'au commencement de 1885. Ce n'est qu'à cette époque, près de cinq ans après le début de son affection, que le malade recouvre complètement la santé. L'amblyopie et la surdité ont disparu ; les cheveux des régions temporales et occipitales, les sourcils, les cils, la barbe, ont repoussé; les ongles se sont reformés, à l'exception de celui de l'index droit, qui est définitivement détruit.

Depuis lors, le malade est resté indemne de toute autre lésion cutanée; sa santé s'est conservée parfaite; il a repris toute sa vigueur première, et j'ai pu constater encore son excellent état général et local le 14 juillet 1889.

La première idée que l'on a, en parcourant cette observation, c'est qu'il s'agit d'un eczéma primitif qui s'est secondairement compliqué soit d'une poussée aiguë généralisée de la même dermatose, soit d'une dermatite exfoliative. Or, je ne crois pas qu'une pareille interprétation soit exacte. Je ne pense pas que l'on soit fondé à soutenir que, pendant sa première période ou période eczématiforme, l'éruption ait été de l'eczéma vrai, par cela seul qu'elle avait l'aspect extérieur de l'eczéma, car certaines dermatoses peuvent simuler longtemps l'eczéma avant de revêtir leurs caractères distinctifs, et je me bornerai, pour prouver la réalité de ce fait, à rappeler ce qui se passe dans le mycosis fongoïde. D'autre part, on ne peut faire de cette érythrodermie une poussée aiguë entée sur un eczéma ordinaire, car la durée de l'affection a été beaucoup trop longue, la généralisation trop absolue, les symptômes généraux et locaux trop graves. On ne peut, ce me semble, en faire une herpétide exfoliative développée chez un eczémateux, car l'éruption actuelle a été la première manifestation cutanée qu'ait eue le malade, et le grand caractère de l'herpétide exfoliative est de se développer peu à peu chez des sujets affectés d'une dermatose invétérée après plusieurs atteintes de cette dermatose.

Je ne crois pas non plus qu'on puisse considérer ce cas comme une dermatite exfoliative ordinaire entée sur un eczéma. Il me paraît évident, d'après la marche si progressive de la maladie, qu'il s'est toujours agi, depuis le commencement jusqu'à la fin, d'une seule et même dermatose qui a eu sa période d'augment, d'état et de déclin; et je ne saurais admettre, s'il y avait eu une dermatite exfoliative, affection nouvelle, greffée sur un eczéma préexistant, qu'après la disparition de la dermatite exfoliative le malade n'ait pas eu quelque vestige ou quelque poussée nouvelle de son eczéma. Or, nous savons que, depuis le commencement de 1884, le malade n'a plus eu la moindre éruption.

Je pense donc que l'on doit envisager ce cas comme une forme chronique de dermatite exfoliative. Nous y trouvons : 1° une période de début fort longue, pendant laquelle l'affection simule l'eczéma et s'étend progressivement; 2° une période également très longue d'état, pendant laquelle elle présente les principaux caractères objectifs de la dermatite exfoliative typique, rougeur absolument généralisée et infiltration du derme, desquamation incessante et très abondante en grandes lamelles, chute des poils, lésions et chute des ongles, engorgements ganglionnaires, complications telles qu'abcès, amblyopie, surdité, etc.; 3° enfin, une période de déclin, pendant laquelle la desquamation et la rougeur disparaissent peu à peu en laissant une pigmentation brunâtre, laquelle ne s'efface que fort lentement.

4° *Pityriasis rubra chronique, type Hebra.* — Tout le monde connaît la description que Hebra a donnée de son pityriasis rubra. Il est inutile d'y insister. Je me bornerai à faire remarquer que le tableau morbide qu'il en trace diffère complètement des autres érythrodermies que nous avons mentionnées. La longue durée du pityriasis rubra chronique, son début lent, insidieux, apyrétique, son évolution si spéciale et progressive vers une terminaison fatale, la petitesse relative des squames, l'infiltration moindre des téguments, l'intégrité des phanères pendant toute la période, souvent fort longue, où l'état général se maintient satisfaisant, tous ces caractères majeurs le distinguent nettement des dermatites exfoliatives telles que nous les comprenons.

5° *Pityriasis rubra subaigu ou bénin.* — Nous nous demandons enfin, mais sans pouvoir être affirmatif à cet égard, car nous ne possédons pas de documents assez précis et assez nombreux sur ce point, s'il ne faudrait pas admettre l'existence d'une cinquième forme morbide, le pityriasis rubra subaigu ou bénin, sur lequel nous avons déjà publié, en 1884, un court aperçu d'après une observation que nous avait remise notre excellent et très honoré maître, M. le docteur E. Vidal. Cette cinquième variété d'érythrodermie essentielle se distinguerait des derma-

tites exfoliatives par sa desquamation plus fine, par l'intégrité des phanères, par la conservation du bon état général, et du pityriasis rubra chronique par sa courte durée et sa bénignité. On peut donc se demander si l'on ne devrait pas la considérer comme la forme bénigne du type de Hebra, ou bien comme une forme avortée de dermatite exfoliative.

Mais, nous ne saurions trop le répéter en terminant cette courte note, ce ne sont là que de simples jalons. Pour arriver à élucider cette obscure question des érythrodermies exfoliatives, il faut désormais recueillir les documents avec la dernière minutie, prendre la température, analyser les urines, les squames, noter les diverses phases de la maladie, le degré de rougeur et d'infiltration des téguments, la grandeur et la forme des squames, l'état des phanères, de la sensibilité, des ganglions, les complications diverses, l'évolution de la maladie, les rechutes, les récidives; on devra, quand on le pourra, pratiquer la biopsie et faire l'examen histologique, etc... Ce ne sera que lorsqu'on possédera un certain nombre de documents ainsi recueillis que l'on pourra établir des groupes bien définis et faire une œuvre durable.

M. Unna : J'ai vu jusqu'ici six cas de *pityriasis rubra de Hebra*. Dans quatre de ces cas, il y avait tous les symptômes donnés par Hebra comme pathognomoniques de cette dermatose. Mais ce qui est intéressant, c'est que, sur ces quatre cas, trois avaient succédé à des *eczémas séborrhéiques*, et ces trois cas furent, au bout de quelques années, suivis de mort. Le quatrième, qui débuta suivant le type décrit par Hebra, finit par guérir après un long traitement. Pour les deux cas qui restent, je suis moins affirmatif; mais je crois qu'il s'agissait encore d'eczémas séborrhéiques transformés en pityriasis rubra; les deux malades vivent encore. Je crois donc qu'il y a tout au moins deux modes de début du pityriasis rubra : l'un qui se fait d'emblée sous la forme pityriasis rubra, l'autre qui emprunte l'aspect de l'eczéma séborrhéique. On observe dans ces cas une odeur caractéristique fort désagréable. Quant à l'*érythème desquamatif récidivant*, je pense qu'il ne mérite pas d'être distingué comme une entité morbide et qu'il s'agit le plus souvent d'une dermatite par intoxication.

M. Vidal : J'ai observé dans mon service un fait qui se rapporte à ce que vient de nous dire M. Unna. Il s'agit d'une dermatite qui débuta à la façon d'un eczéma séborrhéique, avec séborrhée concrète du cuir chevelu, de la face et de la poitrine. L'éruption, d'abord discrète, s'étendit graduellement, se généralisa, présentant cette odeur fétide de matière sébacée dont parlait M. Unna; puis, sur les parties envahies les premières,

apparurent des squames, recouvrant la surface d'une rougeur intense d'une dermite généralisée. La desquamation se fit de plus en plus large ; une sécrétion séro-purulente abondante survint et, après six mois de maladie, le patient succomba. Ce cas est à rapprocher de celui de M. Unna et montre qu'il y a des érythrodermies graves qui peuvent débuter par un eczéma séborrhéique.

M. Schwimmer : On regarde souvent comme étant des cas de pityriasis rubra des maladies qui n'en sont réellement pas. Il y a longtemps que nous savons que l'eczéma, comme le psoriasis, peuvent se transformer en une dermatite exfoliante généralisée. Mais cette dermatose secondaire n'est pas du pityriasis rubra. Il faut réserver ce nom pour une maladie bien spéciale, telle que l'a montré Hebra.

M. Schwimmer fait passer sous les yeux des membres du Congrès divers dessins coloriés reproduisant des cas de pityriasis rubra.

Je crois aussi qu'on peut rendre moins sombre le pronostic de cette maladie et qu'un traitement rationnel peut améliorer beaucoup les cas de ce genre.

M. Petrini : Je suis de l'avis de M. Schwimmer.

On ne doit pas perdre de vue non plus que ce mot pityriasis implique une desquamation fine, furfuracée *comme du son*, et non une desquamation en grandes lamelles ; c'est un point qui a son importance pour empêcher la confusion entre elles des dermatites exfoliantes.

M. Kaposi : Beaucoup de dermatoses peuvent simuler le pityriasis rubra et le diagnostic différentiel est très difficile. En réalité, c'est une affection des plus rares ; certains chefs de ma clinique ont vu s'écouler entièrement le temps de leur service sans en observer un seul cas.

Toutes les dermatites toxiques, médicamenteuses, celles qui résultent d'un eczéma, d'un psoriasis généralisé, peuvent simuler le pityriasis ruber, mais présentent à vrai dire des signes différentiels. Il y a des dermatites qui sont en relation avec des lésions latentes des reins ou de l'utérus par exemple, lésions qui sont des sources d'intoxication, d'érythèmes toxiques généralisés.

Les symptômes de l'affection au début sont des plus insidieux et des plus délicats. Dès le début et pendant le cours entier de la maladie, la peau garde sa souplesse ; elle forme, sur les parties rouges et souples, des pellicules très fines et, en gardant ce caractère, la rougeur et la desquamation se généralisent pendant trois ou cinq années ; plus tard, la peau subit des changements : elle s'atrophie. Elle devient mince, luisante,

rétrécie. Hans Hebra a fait des recherches histologiques sur le pityriasis rubra, et cette maladie possède un processus anatomique spécial.

M. Hebra : Je me range absolument à l'avis de M. Kaposi sur la rareté et la difficulté de diagnostic de cette maladie. Je pense aussi que M. Schwimmer a bien fait de prévoir qu'il pourrait se produire des confusions, si on adoptait l'opinion émise par M. Unna tout à l'heure. Je ne puis cependant m'empêcher de faire remarquer que, parmi les dessins que M. Schwimmer nous a montrés, il y en a un qui, très certainement, ne se rapporte pas au pityriasis rubra, mais à un cas d'eczéma séborrhéique ou de pityriasis rubra pilaire.

M. Schwimmer : Je reconnais que le dessin n'est pas des plus exacts ; il suffit cependant à fixer mes souvenirs. Mais je crois pouvoir affirmer que mon diagnostic l'était ; l'évolution de la maladie est venue m'en donner confirmation.

M. E. Besnier : Le dessin contesté présente, en effet, la plus grande analogie avec les moulages que voici et qui sont ceux d'un pityriasis rubra pilaire.

Quant au fond de la question, il n'y a guère entre nous, je crois, que des dissentiments de détail; en somme, tous, ou peu s'en faut, nous acceptons le type créé par Hebra avec tous ses caractères. Et quand je dis créé par Hebra, j'affirme avec intention la paternité de cet auteur. Car le pityriasis rubra de Devergie ne se confond en aucune manière avec le type spécial de Hebra. On peut s'en assurer par la lecture du texte de Devergie. (Voy. *Traité pratique des maladies de la peau*, 2e édit., in-8°; Paris, 1887, pp. 442,443.)

La discussion est close.

II

DISCUSSION DE LA QUESTION III.

Du pemphigus. — Des dermatoses bulleuses, complexes ou multiformes.

I. — Le terme de *pemphigus* peut-il être conservé pour dénommer plusieurs dermatoses bulleuses qui sont distinctes les unes des autres par leur nature, leur marche et leur terminaison ; ou bien, au contraire, doit-il être réservé à une maladie unique et bien définie, le *pemphigus*, correspondant au pemphigus chronique, bulleux, ou foliacé ?

II. — D'autre part, comment doit-on classer diverses dermatoses bulleuses, érythémato-bulleuses, ou plus complexes encore : érythémateuses, pustuleuses, bulleuses à la fois, c'est-à-dire *multiformes*, telles, par exemple, que les affections connues sous les noms de *pemphigus à petites bulles, érythème bulleux, hydroa bulleux, dermatite herpétiforme, dermatite prurigineuse polymorphe, herpes gestationis*, etc. ; et quelles dénominations faut-il leur appliquer ?

M. Neumann (Vienne) : Aux formes habituellement connues de pemphigus, il faut ajouter une nouvelle forme, que j'ai décrite et appelée *pemphigus vegetans.*

Il n'existe que bien peu de maladies dont la nature soit encore aussi énigmatique que celle du pemphigus vegetans. Nous ne trouvons nulle part, soit dans la littérature de l'antiquité, soit dans celle des temps modernes, la description de la maladie dont nous voulons parler. Je croyais lui trouver une ressemblance avec la maladie nommée « *frambœsia syphilitica* »; malheureusement, on a employé le nom de frambœsia pour plusieurs formes différentes de maladies de peau, ce qui ne nous dit rien sur la nature de la maladie même.

Sauvages, qui a introduit cette dénomination dans la dermatologie, caractérise l'affection qu'elle désigne de la manière suivante : excroissances ressemblant à des framboises ou des fraises, surtout dans le creux de l'aisselle et aux organes génitaux, et qui peuvent être guéries par le mercure. Plusieurs maladies endémiques et exotiques qui présentaient de telles formes d'excroissances furent désignées sous le nom de frambœsia, sans égard à la différence de la nature de la maladie.

Alibert a rangé la frambœsia dans le groupe des maladies de peau syphilitiques, et distingue comme seconde espèce le « *Mycosis frambœsoides* » mycosis fungoides, mycosis syphiloides; mais, ni dans les espèces

nommées ni dans les tumeurs en forme de baies on ne trouve une description qui pourrait être appliquée à notre maladie. Dans une publication détaillée de Kaposi, nous trouvons cette maladie sous le titre de « Syphilis cutanea papillomaformis ». En même temps, Auspitz a fait paraître une publication sous le titre « Herpes vegetans ». C'est le cas que j'ai publié, en 1876, dans les *Medizinische Jahrbücher*, qui a été déclaré par Hebra et par moi comme syphilis et qui, ensuite, fut reconnu comme un cas mortel de pemphigus vegetans. Trois cas semblables furent publiés par G. Riehl, venant de la clinique de Kaposi.

A la suite de ces observations réitérées, cette maladie fut donc séparée des maladies syphilitiques. Bien qu'on ait gagné quant à la connaissance de la maladie même, le pronostic est pourtant resté aussi défavorable qu'auparavant. Il n'existe pas de maladie d'un pronostic aussi triste que le pemphigus vegetans, qui se présente sous la forme, soit du *pemphigus foliaceus*, soit du *pemphigus serpiginosus*. Il suffit souvent d'une petite excoriation, dans l'aisselle, d'une ou deux ampoules sur la muqueuse des lèvres, pour faire le pronostic d'une mort, irrévocablement menaçante, dans quelques mois. Tant qu'on considérait la nature de ce pemphigus comme une forme de syphilide, il s'agissait d'une maladie qui stigmatisait les malades dans leurs rapports sociaux, mais qui leur laissait l'espérance d'une guérison complète. Selon notre expérience actuelle sur le cours de cette maladie, on est forcé de formuler un pronostic tout à fait défavorable. C'est pourquoi il est d'une grande importance de préciser le diagnostic le plus tôt possible. Je trouve donc nécessaire de montrer les symptômes cliniques de cette maladie difficile, et je tâcherai de décrire les cas que j'ai observés et soignés moi-même. Les efflorescences se développent de la manière suivante : au début, on voit des ampoules de la grandeur d'une lentille; l'épiderme, au commencement, plissé, se tend par l'augmentation de l'exsudat, qui est incolore. Après que l'enveloppe épidermique s'est excoriée spontanément ou par des frictions, on aperçoit, après quatre ou cinq jours, à la place de l'excoriation centrale, une protubérance d'une blancheur pâle, croissant rapidement en hauteur et largeur, de manière que, en peu de temps, il se présente des excroissances raboteuses, verruqueuses ou en forme de boutons, qui sont limitées en premier lieu par un cercle excorié et, plus loin, dans la périphérie, par des élévations bulleuses de l'épiderme; les surfaces inégales, légèrement élevées, de couleur chair, donnent une sécrétion de mauvaise odeur, peu consistante et d'une réaction le plus souvent alcaline. La sécrétion, en séchant, forme des croûtes minces qui se laissent facilement enlever. Si les croûtes sont enlevées, on aperçoit une excroissance couverte partiellement d'une mince couche d'épi-

derme se désagrégeant, qu'on peut facilement ôter, et montrant en partie des petites places excoriées de la grandeur d'un point jusqu'à celle d'une petite lentille. Les grandes et petites lèvres sont envahies en premier lieu, puis la muqueuse de la bouche et des lèvres, puis la peau, le creux de l'aisselle, les plis de l'anus et la muqueuse rectale ; même la portion vaginale de l'utérus ne reste pas toujours intacte. Chez l'homme, outre la muqueuse de la bouche, ce sont les régions de la symphyse, de la partie interne de la cuisse, qui tombent malades en premier lieu ; quelquefois la peau de la tête est aussi envahie par les efflorescences. A la muqueuse des lèvres et des joues se forment des excoriations de l'épithélium qui font place à des plaies couvertes d'une exsudation jaunâtre. De la muqueuse des lèvres et des joues, les efflorescences se propagent, en forme de lignes serpigineuses, autour de la bouche. En même temps, les angles de la bouche prennent un aspect crevassé. Quelque temps après, les muqueuses de la langue, de la luette, des amygdales, du pharynx et du larynx s'ulcèrent de la même façon. La muqueuse mise à nue devient douloureuse pendant le passage de l'air et de la nourriture, tellement que les malades, surtout quand la muqueuse du nez est aussi envahie, sont forcés de respirer la bouche ouverte et refusent la nourriture. La muqueuse devient sèche et il se forme de nombreuses crevasses (rhagades). La langue est gonflée ; sur les bords, on voit les empreintes des dents, de manière qu'elle prend la forme d'une feuille de chêne, les empreintes même sont excoriées. Les bulles peuvent se montrer pendant le cours de la maladie, partout sur le tégument ; nous mentionnons surtout le creux de l'aisselle et la main.

Quelquefois, une lymphangite se détermine, qui part de ces ampoules et qu'on peut poursuivre jusque dans le creux de l'aisselle. Là où les excroissances ont une marche rétrograde, la peau devient brune et même noire à cause dela pigmentation. Plus la maladie est ancienne, plus la tendance à former des excroissances papillomateuses diminue ; la formation des ampoules se continue, l'épiderme se détache en forme de grandes lamelles, de sorte que la couche papillaire apparaît à nu, et l'aspect de la maladie prend une grande ressemblance avec une brûlure de second degré. Dans cette période de la maladie, le malade ne peut que rester couché ; c'est pourquoi le séjour dans un bain continu lui est une véritable récréation. Les exsudats de la maladie se décomposent très vite, de manière qu'il est très pénible de séjourner auprès de ces malades ; enfin, la gangrène superficielle apparaît finalement et il est très pénible de rester auprès d'eux à cause de la puanteur cadavérique qu'ils exhalent.

Se figure-t-on de telles excroissances serrées les unes contre les autres, placées au mont de Vénus, à la face interne des cuisses et des fesses ? Alors la ressemblance avec des condylomes larges et confluents est vraiment frappante, et il est souvent très difficile de faire un diagnostic précis, et en conséquence on a souvent confondu la maladie avec la syphilis. Pour éviter de telles erreurs, il y a surtout trois points importants auxquels il faut faire attention :

1° L'état de la périphérie des excroissances : les excroissances du pemphigus sont toujours entourées par une zone d'ampoules mentionnées plus haut, tandis qu'elles sont entourées, dans la syphilide condylomateuse, par un bord infiltré ;

2° Les excoriations de l'épiderme et de l'épithélium des excroissances même, et qui ne peuvent être confondues avec la couche égale qu'on trouve sur les condylomes ;

3° La marche et les accidents concomitants : les excroissances condylomateuses de la syphilis sont presque toujours la suite d'un processus aigu et seront suivies d'autres symptômes de syphilis.

Outre cela, les excroissances syphilitiques, même quand elles ne sont pas du tout soignées et même laissées à elles-mêmes, montrent finalement un mouvement rétrograde, pendant que, au contraire, les excroissances du pemphigus se multiplient toujours pendant la longue durée de la maladie, et à mesure qu'elles se multiplient les forces du malade diminueront.

Jusqu'à ce moment, je n'ai observé que quatorze cas de cette maladie et il est facile de comprendre qu'il y aura des lacunes dans ma description, que d'autres observations futures pourront compléter.

Les altérations pathologiques du pemphigus vegetans se trouvent surtout dans l'épiderme et dans les couches supérieures de la peau, pendant que les parties inférieures, excepté les glandes sudoripares, sont plutôt épargnées par la maladie. Dans le corps muqueux de Malpighi se forment des suppurations circonscrites qui montent lentement du fond à la surface, élevant la couche cornée en forme de petites ampoules ; les papilles deviennent plus grandes ; les vaisseaux sanguins et lymphatiques s'élargissent ; les follicules, dont les parois commencent à former des excroissances, se bouchent, pendant que le derme participe seulement en partie à ces changements par la dégénérescence granuleuse et par l'augmentation de l'affinité des cellules du tissu conjonctif pour les matières colorantes.

Dans les grandes papilles, les anses vasculaires dont les parois sont amincies se dilatent de même que les vaisseaux lymphatiques, démontrant la gravité de la maladie ; les gaines des vaisseaux sanguins ont

des parois aussi minces que des ramifications vasculaires néoformées. Le développement si étendu et si rapide du corps papillaire montre que l'exsudat sécrété, par sa rapide décomposition, cause une irritation du derme, et la rapidité avec laquelle le corps papillaire grossit montre que ces exsudations ont une influence plus intense que les sécrétions physiologiques et régulières, qui font naître sous des conditions favorables des condylomes aigus.

Si nous récapitulons les résultats de nos observations et recherches, nous pouvons dire que nous avons affaire à une maladie à part et qu'il est surtout d'une grande importance de faire un diagnostic juste de bonne heure, principalement d'exclure toute relation avec la syphilis.

Outre les auteurs que j'ai cités plus haut, on doit enoore mentionner Radcliffe Crocker, Marianelli.

Aux formes habituellement connues du pemphigus, il faut donc ajouter une nouvelle forme, que j'ai décrite et expliquée : c'est le *pemphigus vegetans.*

M. Radcliffe Crocker (Londres) : I agree entirely with Professor Neumann's description of Pemphigus Vegetans which enabled me to recognise as such a case lately under my care and read before the *Royal Medical and Chirurgical Society of London* (see *Transactions, vol. LXXII*), as well as some cases reported by M. Hutchinson as « a rare pustulating disease of the skin and mucous membranes » allied to « foot and mouth disease ».

I believe that probably all true cases prove fatal, but cases somewhat similar in their clinical characters, although of less severity, yield to opium, as reported by Hutchinson. In my own case this remedy was of no use and the only benefit obtained by the patient was due to dusting with iodol.

With regard to the classification of bullous diseases, I am of opinion that, while Pemphigus is probably identical in its essential pathology with the group of Erythemato-bullous eruptions described by Duhring as *Dermatitis herpetiformis* and previously by Tilbury Fox as *Hydroa*, Pemphigus and Hydroa are different in their symptomatology and it is therefore clinically useful to retain both terms (1).

(1) La description du pemphigus vegetans donnée par M. le professeur Neumann est tellement exacte qu'elle m'a permis de reconnaître comme tel un cas que j'ai soigné récemment et dont la description se trouve dans le volume LXXII des *Transactions Medico-Chirurgical*. J'ai ainsi pu reconnaître comme *pemphigus vegetans* les cas rapportés par Hutchinson comme exemples « d'une maladie rare pustuleuse de la peau et des membranes muqueuses »

M. Brocq (Paris) : Depuis que j'ai publié mon étude sur la dermatite herpétiforme de Duhring, j'ai pu observer dans les divers services de l'hôpital Saint-Louis un assez grand nombre de cas qui me paraissent devoir être rattachés à cette dermatose. Je n'ai pas l'intention de me servir de ces documents qui, d'ailleurs, ne m'appartiennent pas, et je ne veux, dans cette courte note, que faire connaître deux observations absolument inédites : l'une, qui m'est personnelle; l'autre, qui m'a été gracieusement communiquée par mon collègue et ami, M. le professeur Gémy, d'Alger, auquel j'adresse tous mes plus vifs remerciements.

Dans le cas qui m'est personnel, il s'agit d'un vieillard de quatre-vingt-six ans que j'ai observé en ville en avril et mai 1888. L'éruption dont il était atteint avait débuté vers la fin de janvier 1888 d'une manière brusque par une sensation extrêmement violente de prurit et de brûlure généralisés. Peu après on vit survenir sur les bras et sur les jambes des plaques rouges érythémateuses, comme urticariennes; enfin, parurent des bulles qui prirent rapidement le caractère hémorragique, surtout vers les membres inférieurs. Tel fut le début apparent de l'affection. Mais, en interrogeant avec soin le malade, on apprend que depuis six ans déjà il est sujet tous les ans à des crises de démangeaisons des plus vives, qui disparaissent pendant quelque temps pour revenir ensuite, et qui s'accompagnent d'éruptions sur lesquelles il ne peut donner de détails précis.

Depuis le commencement de mars 1888, les lésions cutanées ont constamment empiré et elles se sont peu à peu étendues à toute la surface des téguments, sauf l'extrémité céphalique.

Lorsque je le vis pour la première fois, le 18 avril, je le trouvai assez vigoureux, fort bien conservé pour son grand âge, mais très nerveux, impressionnable et irritable ; il paraît qu'il l'a d'ailleurs toujours été. Il peut se lever, marcher ; l'appétit est conservé ; il n'y a pas de fièvre, pas d'albumine ni de sucre dans les urines.

Les jambes et les pieds, les mains et les avant-bras sont fort œdématiés : la peau y est tendue, luisante, douloureuse au toucher. Ces régions

---

comparable à la « maladie contagieuse des pieds et de la bouche des bestiaux » (*loot and mouth disease*).

Je crois, avec Hutchinson. que quelques cas rares de gravité atténuée peuvent guérir sous l'influence de l'opium; mais les cas graves aboutissent toujours à la mort. Dans mon cas, l'opium ne rendait aucun service et le seul soulagement que j'ai pu donner à mon malade lui fut procuré par des pulvérisations d'iodol.

Pour ce qui a trait à une classification des affections bulleuses, je pense que, tandis que le *pemphigus* est probablement identique dans ses lésions pathologiques avec le groupe d'affections érythémato-bulleuses décrites par Duhring sous le nom de *dermatite herpétiforme* et antérieurement par Tilbury Fox sous le nom d'*hydroa*, le pemphigus et l'hydroa diffèrent cependant par leur symptomatologie, et qu'il faut conserver, pour l'usage de la clinique, les deux expressions.

sont couvertes : 1° de plaques érythémateuses pour la plupart figurées, circinées, à centre plus pâle que les bords, de grandeurs variables ; 2° de petites vésicules groupées sur les circinations érythémateuses, ou isolées, assez rares ; 3° de bulles fort nombreuses, au contraire, de grandeurs et de formes très variables : les unes, hémisphériques, tendues ; d'autres, flasques ; d'autres, fort irrégulières ; certaines, très volumineuses par confluence. Elles semblent être d'abord transparentes, puis elles deviennent opaques, enfin franchement purulentes, à mesure qu'elles vieillissent. La plupart sont excoriées et ouvertes, car elles sont le siège d'une démangeaison des plus vives et le malade se sent soulagé quand il les a crevées.

Certaines semblent naître d'emblée sur la peau saine ; la plupart siègent sur les plaques érythémateuses. Les bulles excoriées laissent voir un derme rouge un peu humide, semblable à une surface de vésicatoire : çà et là, il existe des macules, vestiges de bulles anciennes.

L'éruption est un peu moins accentuée sur les cuisses, sur les fesses et sur les bras. Elle est confluente au niveau des organes génitaux. Sur le tronc, il n'y a que quelques plaques érythémateuses circinées, portant çà et là des bulles. Vers les seins, les lésions forment de véritables plaques rouges avec induration et infiltration assez profondes des téguments : elles y sont le siège d'une sensation de tension fort pénible, et même de douleurs vives ; dans le dos, on voit en outre de nombreuses petites papules sèches sans la moindre vésiculation, çà et là disséminées, fort prurigineuses.

La face et les muqueuses buccale et pharyngée sont indemnes.

Je revois le malade vers le 3 mai. Son état général a beaucoup changé. Il est devenu très faible ; il a de l'insomnie, de l'agitation, une nervosité excessive. Il a de véritables crises de désespoir et de rage dès qu'on lui enlève son pansement, tant les sensations de prurit et de brûlure sont intenses. Cependant, il n'a pas encore de diarrhée, mais il n'a plus d'appétit et ne veut plus prendre ni aliments, ni médicaments. L'éruption a encore augmenté : le tronc est très envahi. Seules, la face et les muqueuses restent indemnes.

L'état continue à s'aggraver rapidement, et le malade succombe vers la fin du mois de mai, épuisé par l'inanition, la diarrhée et les souffrances intolérables qu'il a endurées. Il est inutile d'ajouter que toute autopsie et toute biopsie furent impossibles.

D'après la courte description qui précède, on voit que l'éruption, dans ce cas, était bien l'éruption typique de la variété polymorphe de la dermatite herpétiforme de Dubring. Les phénomènes douloureux observés étaient également caractéristiques de cette dermatose. Le seul

point par lequel notre cas semble, au premier abord, différer du type habituel de la maladie de Duhring, est sa courte durée apparente, quatre mois à peine depuis le début de la grande poussée éruptive jusqu'à la mort. Ce ne serait pas là, à notre avis du moins, une raison suffisante pour ne pas en faire une dermatite herpétiforme, car le grand âge du sujet, quatre-vingt-six ans, est une explication bien suffisante de cette terminaison rapide. Mais nous avons fait remarquer dans l'observation que le malade souffrait en réalité depuis six ans de phénomènes prurigineux et éruptifs récidivants qui revenaient sans cesse, et qui étaient sans aucun doute les premières poussées successives de la dermatose terminale.

En réalité, nous avons donc ici un cas typique et mortel de notre dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives, chez un vieillard de quatre-vingt-six ans. Ce fait nous paraît être assez intéressant à deux titres : c'est, à notre connaissance, le cas publié où la dermatite herpétiforme s'est manifestée le plus tard ; d'autre part, cette maladie qui, d'ordinaire, n'affecte qu'assez peu l'état général, et ne met que bien rarement la vie en danger, semble avoir ici précipité la terminaison fatale : mais, nous le répétons, l'âge du sujet était tellement avancé, qu'il fallait *a priori* s'attendre à cette issue funeste. Nous ne pouvons oublier toutefois le cas de M. le Dr E. Vidal, que nous avons relaté dans notre travail et dans lequel un vieillard de quatre-vingt-un ans guérit complètement d'une attaque de dermatite herpétiforme.

Voici maintenant l'observation, fort résumée, de M. le professeur Gémy. Il l'a intitulée : *Dermatite polymorphe prurigineuse récidivante.*

Il s'agit d'un négociant âgé de cinquante ans, sujet aux migraines, fils d'une mère rhumatisante, et qui, vers l'âge de vingt-cinq ans, fut atteint d'une éruption dont les premières manifestations se montrèrent en mai : elle était caractérisée par des boutons fort prurigineux, surtout pendant la nuit, qui causaient de l'insomnie et qui déterminaient un agacement nerveux des plus accentués. Cet homme, dont la constitution est plutôt lymphatique, finit peu à peu, grâce à ces souffrances, par se transformer en névropathe. C'est d'ailleurs le seul trouble général que l'on ait constaté chez lui.

L'éruption disparut en octobre, après cinq ou six mois de durée. Les années suivantes, elle se reproduisit à la même époque avec les mêmes caractères, la même marche, le même prurit, la même durée, la même terminaison.

M. le professeur Gémy vit ce malade pour la première fois en juin 1881, dix-huit ou dix-neuf ans après le début de son affection. L'érup-

tion est essentiellement polymorphe. Elle est constituée par des papules de la dimension d'une petite lentille, par des vésico-pustules qui paraissent leur être consécutives, par de petites bulles. Tous ces éléments confondus sont disséminés ou confluents, disposés sans symétrie et siègent surtout sur les membres supérieurs et inférieurs, et en moins grand nombre sur l'abdomen, le dos et les flancs; la poitrine n'est que peu atteinte. La face, les mains, les pieds et le cuir chevelu sont indemnes.

Chacune de ces lésions a une durée moyenne de quinze à vingt jours, mais, chaque jour, il s'en produit de nouvelles; l'éruption se fait, en somme, par poussées à peu près quotidiennes qui ne cessent que vers les mois d'octobre ou de novembre. Tout rentre alors dans l'ordre et, jusqu'au printemps prochain, tout vertige d'éruption disparaît; il ne reste même pas de cicatrices ni de pigmentations.

Quand l'éruption doit se produire, le malade éprouve d'abord une sensation de chatouillement en certains points des bras et des jambes, partout où les papules doivent apparaître. Ce phénomène survient surtout la nuit; le lendemain, on constate en ces points des taches rouges qui deviennent papuleuses dans le courant de la journée. Au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures, la papule se couronne d'une vésico-pustule; trois ou quatre jours après, il se forme une croûtelle jaunâtre plus ou moins épaisse qui tombe au bout de quelques jours pour se reproduire une ou deux fois et disparaître enfin définitivement en laissant à sa place une tache pigmentée.

Certaines papules restent toujours à l'état de papule simple et ne portent jamais à leur sommet de vésico-pustule.

La lésion élémentaire peut aussi être d'emblée une bulle de dimensions variables qui ne dépassent jamais cependant celles d'un gros pois: Au bout de vingt-quatre heures, le liquide de la bulle se trouble; la bulle s'ouvre et il se forme une croûtelle ou une desquamation épidermique avec tache rosée.

L'état général est toujours excellent : cependant, lorsque l'éruption va commencer, le malade ressent quelques jours d'avance des malaises, un état de nervosité plus accentué; il a une migraine plus violente que ses migraines habituelles. Pendant la durée de l'éruption, les migraines sont au contraire moins violentes et plus rares.

Le traitement consista en un régime sévère, des alcalins, de l'arséniate de soude et des onctions avec une pommade au naphtol à 10 p. 100. Il amena une amélioration notable.

En 1886, le malade eut, le 12 novembre, une attaque de rhumatisme articulaire aigu, ce qui ne l'empêcha pas d'avoir, en 1887, sa poussée éruptive habituelle, mais moins forte.

Il est évident que l'on ne peut ranger le fait qui précède dans la même catégorie que notre première observation. Il s'agit en effet d'une éruption surtout papuleuse, papulo-vésiculeuse et pustuleuse, bulleuse, mais ne présentant que de petites bulles, et qui évolue par poussées successives annuelles de cinq à six mois de durée se répétant tous les étés pour disparaître pendant l'hiver. Ce ne sont plus ni les allures ni l'aspect de notre premier cas.

On pourrait même se demander s'il ne s'agit pas là d'une urticaire chronique bulleuse, mais il est dit expressément dans l'observation que certaines bulles se produisaient d'emblée sur la peau saine, et cela seul suffit pour trancher cette question.

On aurait probablement, autrefois, dénommé ce fait pemphigus pruriginosus à petites bulles, hydroa pruriginosum, pemphigus successif, etc...; mais, en réalité, jusque dans ces derniers temps, ces éruptions étaient fort mal étudiées.

Or, si l'on veut se reporter au travail sur la dermatite herpétiforme que nous avons publié en 1888, dans les *Annales de Dermatologie*, on y verra qu'il existe en réalité des liens assez étroits entre cette éruption polymorphe récidivante et la dermatite herpétiforme typique. Bien que les larges plaques érythémateuses fassent ici défaut et que les bulles soient toujours de petites dimensions, on retrouve cependant, dans l'observation de M. le professeur Gémy, le polymorphisme de l'éruption, les phénomènes douloureux, le nervosisme du malade, l'intégrité de l'état général. On sait de plus que les cas typiques de dermatite herpétiforme, peuvent, à certaines périodes de leur évolution, procéder par poussées successives séparées par des intervalles assez longs de santé parfaite.

Nous avons démontré, dans le mémoire auquel nous venons de faire allusion, que les cas semblables à celui de M. le professeur Gémy forment un trait d'union entre notre dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives et certains autres faits, les uns bien connus, comme l'herpes gestationis ou dermatite polymorphe prurigineuse récidivante de la grossesse; les autres encore mal définis, comme ceux que nous avons étudiés sous le nom de dermatites polymorphes prurigineuses aiguës. Nous en avons fait un groupe secondaire sous le nom de dermatite polymorphe prurigineuse subaiguë récidivante : les observations XXXIII, XXXIV, XXXV et XXXVI de notre travail peuvent en être considérées comme des exemples plus parfaits, car l'éruption y est bien plus polymorphe que dans le cas de M. le professeur Gémy. Ces faits sont caractérisés par des attaques successives de plusieurs mois de durée séparées les unes des autres par des intervalles d'accalmie complète.

Ils sont très voisins de nos éruptions polymorphes prurigineuses aiguës

récidivant sans date fixe (obs. K. L. M. M', et surtout N. O. P. R., de notre travail), qui n'en diffèrent que par des nuances plus ou moins accentuées de moindre durée des poussées éruptives.

Dans les faits auxquels nous venons de faire allusion, les récidives ne se sont pas produites à date fixe, tandis que dans le cas de M. le professeur Gémy, la périodicité de l'éruption est des plus remarquables. Nous retrouvons cette périodicité dans le cas publié par Duhring, le 7 mars 1885, dans le *Medical News :* dans cette observation, la dermatite herpétiforme ne se montra en effet qu'en hiver pendant les cinq premières années, puis elle devint continuelle. Nous la retrouvons encore dans quelques-unes de nos dermatites polymorphes prurigineuses aiguës. C'est ainsi que, dans l'observation XXVI de la thèse de Nodet (obs. J. de notre travail), le malade, depuis cinq ans, était pris tous les ans, vers le mois de mars, d'une éruption érythémateuse, vésiculeuse, prurigineuse; que, dans le cas de Saundby (obs. I de notre travail), il s'agit d'un homme âgé de trente ans, qui, depuis l'âge de huit ans, était atteint chaque année, au mois d'août, d'une éruption constituée par des vésicules et des bulles avec aréole inflammatoire, douloureuses, prurigineuses.

Il est évident qu'il existe de frappantes analogies entre tous ces faits. Doit-on les laisser dans les groupes morbides distincts où ils ont été placés jusqu'ici? Les uns dans les pemphigus, les autres dans l'hydroa avec une épithète quelconque, d'autres dans l'érythème polymorphe? Nous ne le pensons pas. D'autre part, il nous semble qu'on ne peut ranger sous une seule et même étiquette tous ces cas aigus et chroniques, bénins et graves.

C'est pour obvier à tous ces inconvénients que nous avons propos notre classification provisoire des dermatites polymorphes prurigineuses ou mieux douloureuses.

Nous avons divisé les affections présentant le syndrome de dermatite polymorphe douloureuse en :

I. *Dermatites polymorphes douloureuses chroniques à poussées successives*, comprenant les sous-variétés objectives : érythémato-papuleuse, érythémato-vésiculeuse, bulleuse, pustuleuse, et surtout polymorphe ou typique, d'après l'aspect même de l'éruption, aspect qui peut d'ailleurs varier chez un même sujet suivant les phases de la maladie.

II. *Dermatites polymorphes douloureuses subaiguës ou bénignes*, comprenant, au point de vue de l'évolution, deux groupes secondaires :

a. — Le premier, caractérisé par des attaques successives séparées

l'une de l'autre par des intervalles de calme complet — *dermatites polymorphes douloureuses subaiguës récidivantes;*

b. — Le second, caractérisé par une attaque unique composée de plusieurs poussées éruptives successives presque toujours subintrantes, dont la durée totale est d'un an et demi à cinq mois.

Dans chacun de ces deux groupes secondaires on retrouve les sous-variétés objectives que nous venons de mentionner pour les dermatites chroniques; elles ont peut-être même ici encore plus d'importance, et permettent d'établir des sous-variétés nettement tranchées : herpétiforme, papuleuse, vésiculeuse, bulleuse, pustuleuse, etc. En effet, dans certains de ces faits, l'éruption est nettement polymorphe et ce sont là les cas typiques ; dans certains autres, il n'y a que des papulo-vésicules, des papulo-pustules, de petites bulles comme dans le cas de M. le professeur Gémy.

III. *Dermatites polymorphes douloureuses aiguës*, lesquelles sont récidivantes ou non et ont une intensité et une durée des plus variables, qui permettent d'établir les traits d'union les plus évidents entre les groupes précédents et les éruptions vraiment dignes de l'épithète d'aiguë. Nous répéterons à propos de ce groupe ce que nous avons déjà dit à propos du groupe précédent au point de vue des sous-variétés objectives.

IV. *Dermatites polymorphes douloureuses récidivantes de la grossesse* ou herpes gestationis, caractérisées par ce grand fait que l'éruption ne revient qu'à l'occasion d'une grossesse, soit pendant le cours même de la gestation, soit pendant la première semaine qui suit l'accouchement.

Il nous semble que cette classification nouvelle des éruptions polymorphes douloureuses facilite l'intelligence de certains cas, et nous croyons qu'elle rendra beaucoup plus aisée l'étude de ces affections encore si obscures.

Quant aux dénominations que nous avons provisoirement adoptées, nous reconnaissons qu'elles sont trop longues pour être définitives : on les remplacera par celles que l'on voudra ; nous sommes tout prêt à les adopter, car, à notre avis du moins, ce qu'il faut avant tout éviter ce sont des querelles de mots, et le nom n'est et ne doit être ici qu'une chose purement accessoire.

— La séance est levée et la suite de la discussion renvoyée à la séance du lendemain matin.

PRÉSIDENT : **M. Kaposi.**

M. LE PRÉSIDENT remercie l'Assemblée de l'avoir choisi comme un des vice-présidents et ouvre la séance.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture des télégrammes qu'il a reçus de MM. Hutchinson, Janowsky et Tarnowsky, compris parmi les vice-présidents, et qui, retenus au dernier moment, regrettent de ne pouvoir prendre part au Congrès.

COMMUNICATIONS DIVERSES RELATIVES A LA DERMATOLOGIE.

I. Sur un cas très rare de chéloïde spontanée, multiple, observée sur une femme névropathique,

par M. le professeur DE AMICIS (de Naples).

Françoise Sartorio, d'Altavilla Irpina, vingt-sept ans, nubile, rentière. Elle a son père et sa mère, trois frères et deux sœurs, tous vivants et parfaitement sains; a eu quelques frères qui moururent, en bas âge, de maladies qu'elle ne sait pas définir.

Elle ne paraît pas avoir joui, dès son enfance, d'une bonne santé, car, à l'âge de trois ans, elle ne pouvait pas encore se tenir sur les membres inférieurs, qui semblent avoir eu une certaine tendance à se courber, ce qui força le chirurgien à lui mettre un appareil. Elle grandit, mais elle resta toujours maladive et vit se manifester une dyspnée qui, tantôt plus, tantôt moins forte, ne l'a jamais abandonnée jusqu'à cette époque, augmentant à la plus légère fatigue, diminuant avec le repos. De temps en temps elle a été sujette à des fièvres de peu d'importance, et a des angines tonsillaires.

A treize ans, elle fut atteinte d'une névralgie sus-orbitale, à droite, qui lui

dura à peu près cinq à six mois, sans pouvoir trouver de soulagement dans l'emploi des préparations de quinine; dans la suite, cette douleur se manifestait habituellement presque chaque mois, pendant un temps plus ou moins long. En même temps, elle se plaignait continuellement d'un sentiment de malaise, de prostration générale et de torpeur. A quatorze ans, ses règles apparurent pour la première fois, mais avec une grande irrégularité, soit dans la quantité soit dans la durée. Quelques années après, elle eut à souffrir une éruption de furoncles disséminés sur presque toute la surface cutanée, et une douleur excessivement intense au côté gauche, qui la contraignait de marcher courbée sur ce côté. A dix-neuf ans, outre ce sentiment continuel de malaise, de prostration et de torpeur, il se manifesta une violente palpitation cardiaque, accompagnée d'une sensation douloureuse à la région précordiale, et une violente dyspnée qui ne lui permettait pas de rester un instant avec les fenêtres fermées, ni de mettre son corset, et pas même son jupon.

Elle souffrait ainsi cinq ou six mois, pendant lesquels elle était sujette à tomber dans une sorte d'assoupissement pendant quelques heures, au point de n'avoir aucune conscience de ce qui se passait autour d'elle : elle reprenait ses sens, puis elle retombait de nouveau. La palpitation cardiaque à peine disparue, elle fut prise d'une bronchite aiguë, avec une fièvre violente, toux, expectoration abondante, et en même temps catarrhe gastro-intestinal, accompagné de douleurs à l'estomac, de vomissements, de douleurs intestinales et de diarrhée ; la durée de ces deux maladies fut de deux à trois mois.

Elle n'en était pas encore complètement guérie, qu'elle commença à être prise de convulsions générales, avec des accès très fréquents qui, une fois cessés, la laissaient dans un état d'assoupissement qui durait quelques heures et même un ou deux jours, temps pendant lequel elle n'entendait rien de ce qui se passait autour d'elle ; quelquefois, alors qu'elle se trouvait dans cet état, l'abdomen se tuméfiait énormément, avec sensation de serrement à l'épigastre et de froid aux pieds.

Telle était, dans cet état, la perte de la sensibilité, que pour la lui rendre on lui appliquait des sinapismes aux jambes, aux cuisses, à la poitrine, à la nuque, mais en vain, elle ne sentait rien. Ces convulsions générales, suivies de cet état sérieux d'assoupissement, durèrent à peu près une année.

Pendant huit ou dix mois successifs, elle eut à souffrir un autre état d'assoupissement un peu différent de celui dont nous venons de parler, en ce qu'il avait un caractère d'intermittence à heures fixes (par exemple, cet assoupissement la prenait un jour, à dix heures du matin, il durait quatre ou cinq heures, et le jour suivant, à la même heure, il la reprenait). Cependant, dans cet état, elle avait conscience d'elle-même, s'apercevait de tout ce qui se passait autour d'elle, entendait les paroles qu'on lui adressait ; bien plus, quelquefois, aux questions qu'on lui faisait, elle répondait affirmativement ou négativement en levant ou en baissant la tête.

Cet état une fois cessé, elle fut de nouveau attaquée de catarrhe gastro-intestinal avec atonie et d'une constipation si obstinée qu'elle restait presqu'un mois sans aller à la selle, accompagnée de vomissements tellement persistants qu'elle rejetait même les liquides qu'elle avait avalés. Le tout, accompagné d'une aménorrhée complète et quelquefois de vomissements de sang.

Il y a trois ans (avril 1885), à l'âge de vingt-quatre ans, à la suite d'une

violente impression morale, elle commença graduellement à éprouver une certaine difficulté à avaler les aliments et finit par ne plus pouvoir les avaler; état compliqué d'une rétention d'urine et d'une constipation complète, ce qui rendit nécessaire, pour la nourrir, l'emploi de la sonde gastrique, et celui du cathéter pour la faire uriner. Cet état dura environ deux mois, pendant lesquels elle fut admise à l'hôpital de Palerme. Là, à la disparition de ces phénomènes morbides, elle commença à avoir des accès de manie furieuse, durant lesquels elle poussait des cris assourdissants, se débattait, ne reconnaissait même pas ses parents et ne répétait rien autre chose que le nom de son père, qu'elle voulait à tout prix aller rejoindre, car dans ce moment il était éloigné de sa famille. Cet état dura deux mois, après quoi elle fut atteinte de catalepsie, qui dura aussi environ deux mois, pendant lesquels on la nourrit avec des lavements nutritifs; elle eut alors une longue et véritable métrorrhagie (septembre 1885).

De retour à la maison paternelle (mars 1886), elle fut de nouveau reprise de convulsions générales; quinze jours avant qu'elles ne commençassent, elle perdit entièrement la parole. Ces convulsions étaient toujours précédées d'une crise hystérique, pendant laquelle on réussissait, par des injections hypodermiques de cocaïne et d'atropine, à empêcher l'accès convulsif de se produire, ou au moins à en abréger de beaucoup la durée. C'est dans ces conditions qu'elle fut admise dans la Première Clinique médicale de Naples. Elle y resta du 25 mars au 10 avril 1886, temps pendant lequel elle fut atteinte de convulsions, dysphagie, rétention d'urine et constipation. Plusieurs fois, on l'hypnotisa avec suggestion d'avaler de l'eau. En effet, à son réveil elle demanda à boire, but et émit l'urine spontanément.

Sortie de la Clinique et de retour dans son pays, elle fut reprise par les convulsions, la dysphagie, la rétention d'urine et la constipation, ce qui motiva son renvoi à la Première Clinique, où elle resta du 12 mai au 16 juin; hypnotisée de nouveau, elle se remit. Mais un beau jour, voulant absolument sortir de la Clinique et n'en ayant pas obtenu la permission, elle refusa toute nourriture et ne prenait pendant toute la journée que de petits morceaux de neige. Sortie enfin de la Clinique et retournée dans son pays, elle fut atteinte de bronchite aiguë avec fièvre et expectoration abondante, puis cette bronchite devint subaiguë et chronique et lui dura jusqu'à octobre 1886. Pendant ce temps et depuis le mois de juin au mois d'octobre, les convulsions générales ne la quittèrent pas, ce qui força à lui continuer les injections hypodermiques de cocaïne, d'atropine et de curare. Ce fut alors (juillet 1886) que commença à se manifester, sur les régions scapulo-humérales d'abord et ensuite sur les bras, l'éruption qu'on y observe encore, éruption à laquelle ne firent attention ni elle ni d'autres, attribuant ces éminences tuberculeuses aux injections pratiquées. Mais, comme l'éruption cutanée commença graduellement à s'étendre sur des endroits dans lesquels on n'avait jamais pratiqué d'injections et occupait aussi la poitrine, l'abdomen et les membres inférieurs, elle attira l'attention des médecins, et comme la bronchite persistait avec la fièvre, ils lui conseillèrent de retourner à Naples, où elle fut admise dans les salles de bienfaisance de l'Hôpital clinique. Là, on lui fit des injections hypodermiques de sublimé corrosif.

Elle resta à l'Hôpital clinique du 9 mars au 6 février 1887 et sortit sans que la fièvre eût cessé. De là, elle passa à l'hôpital de Saint-Eligio, puis de nouveau dans les salles de bienfaisance, du mois d'avril au mois de juin 1887,

toujours avec la fièvre, qui ne la quittait jamais, et l'éruption qui persistait, s'augmentant de nouvelles éminences. Elle retourna dans son pays et puis, le 12 décembre, elle vint à Naples et fut admise à l'hôpital des Incurables, où on lui pratiqua également des injections hypodermiques de sublimé, que l'on dut suspendre. De là, elle passa dans la section dermato-syphilopathique confiée à mes soins, et après, elle fut admise à la Clinique universitaire vers la moitié de février 1888.

État actuel. — C'est une femme de bonne constitution, avec des muscles bien développés, tissu adipeux suffisant. Coloration de la peau : blanc rosé vif; muqueuses apparentes; rose pâle.

Examen de la surface cutanée, etc. — A l'examen de la surface cutanée du tronc et des membres inférieurs, on est frappé de la vue d'une éruption qui occupe à peu près symétriquement la région scapulo-humérale des deux côtés et les régions des bras, surtout sur leurs faces antérieure, externe et postérieure. Dans cet endroit, on voit l'éruption constituée par quelques éminences variant dans leur grandeur, depuis le volume d'un gros grain de chènevis jusqu'à celui d'un pois chiche, dont quelques-unes sont plus arrondies, d'autres plus plates et n'atteignant que l'élévation d'une maculo-papule, d'une couleur variant entre le rose légèrement teinté de violet et le rouge blanc plus ou moins foncé (V. pl. 3).

Ces éminences diffèrent encore dans leur consistance; celles moins évidentes, plus planes, donnent au toucher la sensation d'une petite infiltration, offrant un peu plus de consistance que le tissu cutané voisin, tandis que la consistance augmente beaucoup dans celles qui sont plus protubérantes, au point d'acquérir dans quelques-unes une consistance manifeste fibreuse, presque cartilagineuse.

En palpant, il est très facile de reconnaître que le siège de ces infiltrations et de ces tubercules est dans l'épaisseur de la peau, dans le derme, et nullement dans le tissu sous-cutané; seulement quelques-unes de ces éminences ne sont pas arrondies, mais ont au contraire une forme plutôt allongée, brillantes dans le milieu, au point de ressembler aux pierres appelées œils-de-chat, comme dans la région sous-clavière gauche et dans le commencement du sillon intermammaire, où elles rappellent l'aspect de courts cordons fibreux; ce sont les éminences qui sont les plus anciennes (V. pl. 1).

Peu de ces éminences indiquent une phase régressive marquée par une involution de l'infiltration, avec une forme de cicatrice très superficielle, ressemblant beaucoup aux cicatrices appelées atrophiques des tubercules syphilitiques non ulcérés. La peau des mamelles est parfaitement indemne, sauf la mamelle gauche. A part quelques éminences vers la partie supérieure des mamelles, et aussi sur tout l'abdomen, on ne peut pas dire qu'on se trouve en face d'éminences tuberculeuses véritables, mais qu'on a seulement sous les yeux quelques taches pigmentaires de couleur rose brunâtre et quelques petites cicatrices de l'aspect ci-dessus décrit. Rien sur les fesses et sur la région lombo-sacrée. Également, sur la partie postérieure du tronc il n'y aurait rien à remarquer s'il n'y avait pas quarante petites places cicatricielles, vingt de chaque côté, disposées symétriquement, de forme allongée, restes des injections hypodermiques mal exécutées. Tandis que plusieurs de ces points cicatriciels ont l'aspect de cicatrices plutôt planes et de forme rayonnée, quelques autres sont plutôt relevées, d'un aspect chéloïdien avec consistance

fibreuse analogue à la consistance mentionnée dans ces tubercules de forme plutôt allongée dont nous avons parlé dans la description des régions des bras et de la région scapulo-humérale. Rien sur les deux tiers supérieurs des cuisses, de rares éminences tuberculeuses sur le tiers inférieur et de préférence sur la région externe, un peu plus nombreuses, quoique pourtant en nombre beaucoup moindre eu égard à celles des bras; ce sont celles-là qui occupent les jambes sur leur surface interne, correspondant aux mollets, où presque toutes indiquent une phase involutive. La pression du doigt sur ces éminences de formes différentes arrive à les faire pâlir pour un moment.

La malade assure ressentir, à chacune de ces petites tumeurs, des douleurs intermittentes comme des piqûres d'épingle.

Le nombre des tubercules pour chaque région particulière est le suivant :

Surface antérieure du thorax.	17
Surface postérieure du thorax, rien, si ce n'est quarante cicatrices causées par les injections hypodermiques mal pratiquées.	
Région des lombes et des fesses, rien.	
Région deltoïdienne gauche	31
Bras gauche.	83
Avant-bras gauche.	6
Région deltoïdienne droite	32
Bras droit.	82
Avant-bras droit.	7
Cuisse gauche.	12
Jambe.	9
Cuisse droite.	7
Jambe.	16
Abdomen.	16
Total.	318

Sur la région externe du bras gauche, on remarque sept cicatrices, vestiges de la vaccination opérée dans le premier âge, cicatrices qui n'ont subi aucune modification, restées qu'elles sont parfaitement lisses, sauf au centre de l'une d'elles où s'est formée récemment une petite tumeur, en saillie sur les cicatrices anciennes.

Aucune modification dans les glandes lymphatiques inguinales et latéro-cervicales. Muqueuses intactes.

Quant aux organes internes, on découvre des râles à l'auscultation, soit sur la partie antérieure, soit sur la partie postérieure du thorax : vers la base du poumon droit, on remarque une obscurité à la percussion, retentissement vocal diminué et murmure vésiculaire affaibli. Les autres organes internes sont intacts.

Analyse de l'urine. — 500 C. C. — D. 1029. — Absence d'albumine, de muco-pus, de sucre diabétique, d'acide éthyldiacétique et de pigments pathologiques de toutes sortes ; état normal des pigments ordinaires et des phosphates terreux; abondance sensible des chlorures et de l'urée; grande abon-

dance d'urates ; l'inspection microscopique n'a fait découvrir rien d'anormal.

Pendant son séjour à la Clinique, la malade a continué à présenter des phénomènes névropathiques, et a été prise plusieurs fois d'accès convulsifs, de rétention d'urine, etc.

Après avoir obtenu le consentement de la malade, nous lui fîmes l'éxcision d'une petite tumeur bien développée à la région deltoïde droite. La plaie occasionnée par l'opération sembla tout d'abord vouloir dans les premiers jours se refermer très rapidement, mais dans la suite la suppuration se déclara, et le tissu cicatriciel augmenta d'une façon exubérante, laissant une chéloïde cicatricielle bien développée dans le milieu et entourée de petites chéloïdes miliaires correspondant aux points de suture (V. pl. 2).

La malade, sortie dans le mois de juin de la clinique dermato-syphilopathique, est retournée dans son pays, où elle fut atteinte de fièvre miasmatique. Elle dit que, pendant la période fébrile, les petites tumeurs cutanées se montraient plus gonflées et plus rouges, que dans certaines d'entre elles cette coloration était très intense; plusieurs de ces tumeurs, ajouta-t-elle, lui faisaient éprouver un prurit si violent, qu'en se grattant fortement elle en excoria une placée sur l'épaule gauche, ce qui produisit la sortie d'une grande quantité de sang, mais ce qui diminua sensiblement le volume de la tumeur.

En observant de nouveau, cette année-ci, l'état des tumeurs cutanées, et en comparant cet état à celui de l'année passée, on a pu remarquer que plusieurs de ces tumeurs, qui étaient proéminentes sur les cuisses et sur les jambes, ont maintenant l'aspect de taches infiltrées ou de cicatrices atrophiques, de façon qu'elles ont subi une phase régressive spontanée. En revanche, les petites tumeurs qui présentaient autrefois une coloration blanc-brillant, et avaient la forme oblongue, ne se sont pas modifiées. Les cicatrices du dos ont également subi une phase involutive et se sont abaissées, à l'exception d'une seule, où l'on observe maintenant parfaitement une forme chéloïdienne.

Considérations. — Le cas dont nous venons de rapporter l'histoire est, parmi tant d'autres observés jusque-là, un des exemples les plus classiques de *chéloïde spontanée multiple*, et nous semble important à différents points de vue :

1° *Morphologie.* — Ce cas s'éloigne de la forme commune des chéloïdes, car nous ne trouvons ici de ramifications d'aucune sorte dans les différentes néoformations : l'affection conserve toujours le caractère de petites tumeurs isolées hémisphériques, dont la coloration rosée plus ou moins foncée pouvait jusqu'à un certain point les faire confondre avec une forme de tubercule syphilitique, ou avec un sarcome multiple de la peau; mais la consistance des différentes infiltrations, les phases relatives de leur développement, nous conduisirent à la diagnose, même avant que l'analyse anatomique de la partie enlevée ne nous l'eût démontrée.

Ce cas confirme les observations de Bazin, que la chéloïde peut aussi s'observer sur les membres, contrairement aux affirmations de Schwimmer et de Babès.

2° *Multiplicité.* — Aucun des cas décrits jusqu'à présent n'atteint le nombre que nous avons rapporté : après Cazenave, qui observa 20 chéloïdes sur une jeune fille, Wilson en observa 30 chez une femme, à la surface antérieure du thorax et neuf sur la partie dorsale ; Kaposi en

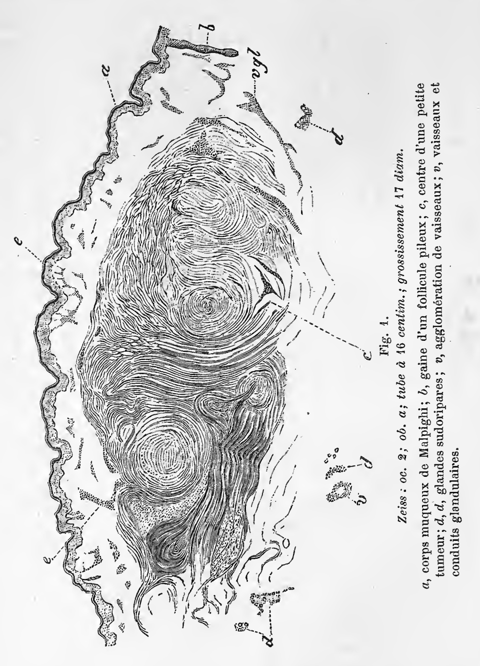


Fig. 1.

Zeiss : oc. 2 ; ob. a ; tube à 16 centim. ; grossissement 17 diam.

a, corps muqueux de Malpighi ; *b*, gaine d'un follicule pileux ; *c*, centre d'une petite tumeur ; *d*, *d*, glandes sudoripares ; *v*, agglomération de vaisseaux ; *v*, vaisseaux et conduits glandulaires.

observa 20 et Schwimmer 150 (V. *Vierteljahreschrift für Dermatologie und Syphilis,* 1880), sous forme de petites tumeurs isolées ; dans notre cas, comme nous l'avons dit ci-dessus, nous en avons compté 318.

3° *Absence de lésions traumatiques précédentes.* — Il est incontestable qu'aucune solution de continuité, si minime qu'elle soit, n'a précédé

l'apparition des différentes formes néoplasiques ; aussi, le cas que nous venons de décrire est une preuve évidente de *chéloïde spontanée* (chéloïde véritable d'Alibert). Hardy a donc parfaitement raison de ne pas

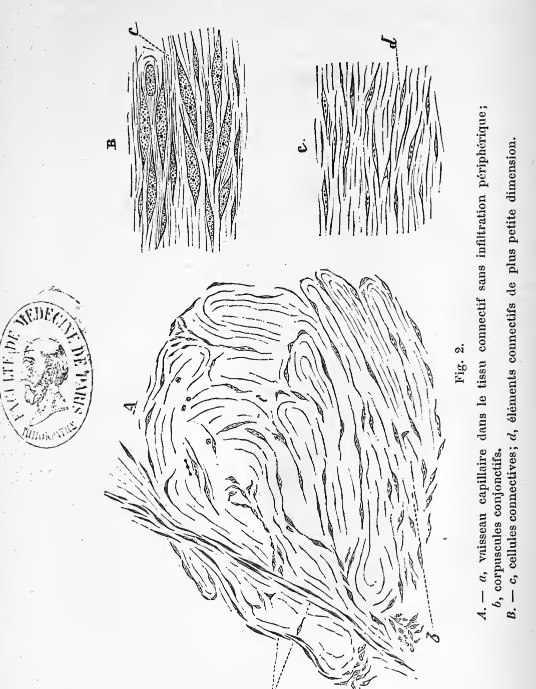


Fig. 2.

A. — *a*, vaisseau capillaire dans le tissu connectif sans infiltration périphérique; *b*, corpuscules conjonctifs.
B. — *c*, cellules connectives; *d*, éléments connectifs de plus petite dimension.

partager l'opinion d'autres éminents dermatologues qui nient l'existence d'une chéloïde sans un fait traumatique précédent (Besnier, Barthélemy, Hutchinson).

Dans notre observation, nous trouvons réunies la *chéloïde véritable*

spontanée aussi bien que la chéloïde traumatique survenue à la suite des lésions provoquées dans le tissu cutané par l'ablation d'un nodule.

4° L'examen histologique fait constater que le point de départ de la néoformation est la partie moyenne du chorion, laissant intacte la partie plus superficielle et la couche épidermoïdale, ce qui ne se voit pas dans les chéloïdes d'origine cicatricielle; on aperçoit seulement une certaine disparition de la couche papillaire formant, avec le corps muqueux de Malpighi, une ligne ondulée à la superficie. Les faisceaux du tissu conjonctival ne sont pas épais, ce qui explique une certaine mollesse que l'on observe dans la palpation. Ce qui explique également la coloration plus ou moins rouge des différents nodules, ainsi que ses phases d'augmentation et de diminution, ce sont les vaisseaux capillaires qui entourent la périphérie de la petite tumeur (V. fig. 1 et 2).

Les faisceaux du tissu conjonctif ne parcourent pas tous une même direction, surtout la direction horizontale, comme on l'a observé dans d'autres exemples, mais conservent une disposition irrégulière, tantôt dans le sens perpendiculaire à la peau et tantôt dans un sens oblique et se croisant entre eux. Leur flaccidité, et peut-être la prédominance du tissu embryonnaire dans certains nodules, nous fait comprendre la régression spontanée qui s'est opérée dans plusieurs petites tumeurs chéloïdiennes, laissant une cicatrice atrophique, ce qui confirme la possibilité de la disparition spontanée de quelques formes de chéloïdes, comme cela avait déjà été observé par Alibert, Firmin, Neumann, Hebra, Hutchinson, etc.

La phase d'augmentation n'a pas dépassé la limite d'un petit pois; et ensuite, on a observé ou la disparition graduelle, ou bien, le tissu étant devenu plus dense, plus dur et décoloré, le passage à la forme elliptique avec surface blanche luisante, comme on l'observe dans la région sternale (V. pl. 1). On peut concevoir, ici, que la néoformation a dû provenir d'une infiltration cellulaire; les cellules sont devenues peu à peu fusiformes, se changeant en tissu connectif, et la petite tumeur tout entière a acquis une structure fibreuse. L'origine du tissu conjonctif par les vaisseaux adventifs ne peut se démontrer dans notre examen histologique comme l'ont prouvé d'autres observations. L'examen au point de vue microbique a été parfaitement négatif.

5° La pathogenèse et l'étiologie de ce cas particulier de *chéloïdes multiples spontanées* restent ici également obscures; cependant nous devons remarquer que la disposition à la formation chéloïdienne n'a été acquise par la malade qu'à une époque très récente, car les solutions de continuité produites en bas âge (cicatrices de vaccination) n'ont pas présenté la moindre modification ; et cette disposition morbide s'est déclarée

seulement après que la malade a commencé à présenter cet état névropathique si prononcé, et que, pour cela, nous avons détaillé si minutieusement. Aussi nous sommes porté à penser que le système nerveux a dû contribuer d'une façon notable à produire une telle disposition morbide, ce que nous pouvons déduire de la diffusion de l'affection et de sa parfaite symétrie, quoique nous n'ayons pas été à même de le démontrer anatomiquement. Il est digne de remarque que, maintenant, chez la malade, la plus petite solution de continuité soit propre à produire une chéloïde. C'est pourquoi on a vu que non seulement l'incision faite dans l'opération d'une petite tumeur a été remplacée par une vaste cicatrice chéloïdienne, mais encore dans les points de suture, on voit des chéloïdes miliaires (V. pl. 2).

6° Dans ce cas, nous ne pouvons fournir aucune contribution thérapeutique, attendu que l'extrême sensibilité de la malade ne nous a pas permis d'employer la méthode de Vidal par les scarifications multiples, ni l'électrolyse proposée par Brocq et Hardaway. Nous avons employé sans résultat, sur quelques petites tumeurs, l'emplâtre à l'acide chrysophanique et pyrogallique, et celui à l'ichthyol, et aussi l'emplâtre de Vigo.

L'exposé qui précède nous permet, cependant, d'arriver à ces conclusions :

1° Que la production des chéloïdes multiples spontanées peut succéder à un état névropathique ;

2° Qu'au point de vue de l'origine nous devons admettre dès à présent :

a) Des chéloïdes ayant des cicatrices pour point de départ ;

b) Des chéloïdes se rapportant à des inflammations chroniques du tégument cutané (dermatite sycosique chéloïdienne, acné chéloïde de Bazin).

c) Des chéloïdes d'origine spontanée, non précédées de solution de continuité.

3° Que les chéloïdes cicatricielles, comme les chéloïdes spontanées, peuvent, dans quelques cas, avoir une phase régressive et s'effacer peu à peu.

Explication des planches hors texte en chromolithographie.
(Voir à la fin du volume.)

Pl. 1. — Vue d'ensemble de la distribution des tumeurs sur la poitrine et sur les bras.

Pl. 2. — Éruption du bras droit avec la chéloïde cicatricielle.

Pl. 3. — Vue de la lésion à grandeur presque naturelle avec ses formes diverses.

Discussion.

M. Vidal : Je suis très heureux d'avoir entendu la communication que vient de faire M. de Amicis, parce qu'elle apporte une nouvelle preuve irrécusable de l'existence des chéloïdes spontanées. M. de Amicis a montré que, dans la disposition de ces chéloïdes, il y avait une symétrie qui est un des caractères remarquables de ces altérations. Dans un cas, j'ai observé 12 chéloïdes disséminées sur les épaules, la nuque et le dos, d'une façon absolument symétrique. Cette symétrie est un caractère important pour le diagnostic des chéloïdes spontanées d'avec les chéloïdes cicatricielles et deutéropathiques.

M. Hardy : J'ai souvent entendu Bazin soutenir que les chéloïdes dépendaient toujours d'une cause prédisposante spéciale, et particulièrement de la scrofule. Quant à moi, j'ai toujours combattu cette manière de voir. M. de Amicis vient d'apporter un nouvel argument à mon opinion dans l'observation qu'il nous a exposée, en rattachant ces chéloïdes à une trophonévrose. On observe fréquemment les chéloïdes spontanées aussi bien que les chéloïdes cicatricielles chez les femmes nerveuses.

J'ajouterai, au point de vue de la guérison des chéloïdes, qu'elle s'obtient rarement et seulement au bout de plusieurs années, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement prolongé; elles laissent alors après elles une tache cicatricielle blanchâtre non saillante.

M. Kaposi : Je voudrais insister seulement sur la tendance aux chéloïdes qu'on peut observer chez certaines personnes, indépendamment de la scrofule.

On voit des individus qui, jusqu'à l'âge de trente ou quarante ans, par exemple, subissent impunément des traumatismes, des plaies, sans qu'il survienne chez eux des chéloïdes; puis, à partir de cet âge, la moindre solution de continuité de la peau est suivie de chéloïde. J'ai observé aussi que, chez certains individus, la tendance aux chéloïdes était en rapport avec la race. C'est ainsi qu'on a vu des familles nègres dont tous les membres présentaient des chéloïdes : à mesure qu'ils avançaient dans la vie, ils étaient plus exposés aux traumatismes ; alors les moindres traumatismes, de simples piqûres par exemple, étaient le point de départ de chéloïdes.

II. Endartérite de l'arcade palmaire dans un cas de sclérodermie avec asphyxie locale des extrémités,

par M. le Dr Arnozan,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

L'association des symptômes de l'asphyxie et de la gangrène des extrémités à la sclérodermie, et l'importance des lésions vasculaires dans cette dernière affection ont été mises en lumière par de récents travaux, en particulier par ceux de Goldschmidt, de Meyer et de Méry. Je voudrais, à l'aide d'un cas observé avec quelques détails, confirmer, et compléter même sur quelques points, les résultats obtenus par ces auteurs; je voudrais surtout montrer que l'endartérite, à laquelle on attribue actuellement une grande action dans la pathogénie de la sclérodermie et de la maladie de Raynaud, peut affecter non seulement les artérioles de la peau, mais aussi les collatérales des doigts et les arcades palmaires. C'est le but de la présente communication.

OBSERVATION

Pauline T..., âgée de quarante-deux ans, journalière, entre à l'hôpital Saint-André de Bordeaux (service de M. le professeur Pitres), le 26 mai 1881.

Antécédents. — Elle ne peut donner aucun renseignement sur les maladies auxquelles ont succombé ses parents; elle a un frère et deux sœurs en bonne santé. Il y a vingt ans environ, elle a eu un enfant qui est mort subitement à l'âge de deux mois et demi. La suspension brusque de l'allaitement fut bientôt suivie du développement dans le sein droit d'une tumeur indolente qui atteignit et dépassa même le volume d'un œuf de poule et resta ensuite stationnaire. Cette tumeur est actuellement dure, bosselée (tumeur fibreuse, tumeur adénoïde de Velpeau).

Dans les antécédents personnels, on peut noter, en outre, des conjonctivites, des kératites légères, des adénites suppurées de la région sterno-mastoïdienne droite, qui ont laissé quelques cicatrices déprimées et irrégulières.

En 1876, la malade, qui avait jusqu'alors habité la Belgique, vint s'établir à Bordeaux. C'est alors qu'elle commença à souffrir de douleurs parfois assez vives dans les genoux. Pendant l'hiver long et rigoureux de 1879-1880, elle éprouva des picotements dans les doigts des deux mains, dont la peau présentait des alternatives de pâleur et de cyanose, et commençait à durcir; elle eut aussi à cette époque une iritis probablement rhumatismale de l'œil droit. Les téguments de la face et d'autres régions subirent à leur tour des altérations diverses. Enfin, une ulcération formée sur le côté interne du pied droit détermina la malade à entrer à l'hôpital.

État de la malade au mois de mai 1881. — L'immobilité de la face, l'attitude des membres supérieurs demi-fléchis au-devant du tronc, l'embarras de

la marche frappent tout d'abord. Un examen plus complet fait constater les détails suivants :

Les traits sont tirés, les muscles amaigris, les paupières amincies; mais ce qui attire surtout l'attention, ce sont les plis radiés qui existent autour de la bouche habituellement entr'ouverte. Peu profonds, assez régulièrement symétriques, ils forment une sorte de couronne à l'orifice buccal, dont les lèvres sont minces et serrées. La couleur est normale; et, quoique en général immobile, la face peut exécuter les mouvements normaux, mais avec une amplitude très restreinte. La malade peut légèrement gonfler ses joues, mais ne peut plus siffler; elle mâche avec difficulté, en raison de la rigidité des joues. La peau du cou est épaisse et rigide, et porte sur la région sterno-mastoïdienne gauche une plaque de vitiligo un peu moins large que la paume de la main. La angue est fraîche et humide, mais ne peut être projetée hors de la bouche qu'avec difficulté, en raison de la brièveté et de l'épaississement du frein. Le sillon médian est effacé, quelques sillons transversaux parcourent la face dorsale. L'aspect des papilles est normal; la pointe de la langue est un peu épaissie. Il n'y a pas de modification dans la consistance de l'organe. Le reste de la bouche et du pharynx est sain.

Membres supérieurs. — Les mains sont les organes les plus compromis, et les parties de la main qui le sont au plus haut degré, ce sont les doigts. Leur déformation doit être notée tout d'abord. Chacun d'eux s'amincit de sa racine à la naissance de la phalangette; là, il s'élargit brusquement en une petite masse grossièrement sphérique, aussi large que longue, qui constitue la phalangette. Cette conformation en baguette de tambour, si contraire à ce qu'on observe dans la sclérodermie, n'est pas une disposition congénitale. La malade, fréquemment interrogée sur ce point, n'a jamais varié et affirme qu'il s'agit d'une déformation venue lentement depuis quelques années. Ses doigts autrefois étaient normalement conformés. Ainsi élargies, mais très raccourcies, les phalangettes supportent des ongles eux-mêmes très courts, striés en long, quelques-uns même transversalement, mais sans épaississement de leur bord libre, sans perforation ni écaillement.

Sur toutes les phalanges la peau est lisse et dure, et, en les prenant, on éprouve la sensation que donnent des baguettes de bois. Cet état de la peau est plus prononcé à la face dorsale qu'à la face palmaire et s'atténue légèrement de l'extrémité libre à la racine. C'est ainsi que les plis articulaires, absolument effacés au niveau de l'union des phalangines et des phalangettes sur la face postérieure, existent encore sur la face antérieure, mais ne reparaissent avec leurs caractères normaux qu'à l'union des phalangines avec les phalanges, et mieux encore au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes. Les plis épidermiques, les sillons et les saillies dus à la disposition régulière des papilles sont effacés; c'est à peine si sur quelques points on retrouve, avec un peu d'attention, un état grenu de la surface de la peau.

Sur aucun point on ne signale de desquamation. Mais il existe sur les points les plus saillants, par suite les plus exposés aux frottements et aux pressions, des cicatrices qui méritent une description spéciale. En raison de l'attitude permanente des doigts en demi-flexion, ces points correspondent à l'union des premières avec les deuxièmes phalanges. Les quatre derniers doigts de chaque main portent une de ces cicatrices ou la lésion qui la prépare. L'évolution est la suivante: au début, une petite tache congestive, livide,

ayant l'aspect d'une ecchymose, mais s'effaçant par la plus légère pression. Puis l'épiderme s'amincit au niveau de la tache, se renfle autour sous forme d'un bourrelet, qui se rétracte peu à peu, tandis que la partie centrale pâlit et s'atrophie. Ces fausses cicatrices, qui ne succèdent à aucune solution de continuité des téguments, sont tantôt décolorées, tantôt colorées en rouge vif; elles sont, sur le petit doigt de la main droite, le siège d'excoriations superficielles, développées postérieurement à leur formation, sous l'influence de légères violences extérieures.

Il est impossible de faire à la peau des doigts le moindre pli; le tégument est fortement tendu sur les tissus qu'il recouvre et auxquels il forme une gaine serrée. Il est également impossible de la faire mouvoir sur les parties sous-jacentes. L'induration et la rétraction du derme se prolongent sur la face dorsale des mains et des avant-bras; elle s'y accompagne d'un peu de dyschromie. La peau est à ce niveau un peu brune, teinte que la pression n'efface que d'une façon incomplète et d'ailleurs passagère. Il est à noter que, sur la face dorsale de l'avant-bras droit, des cautérisations ponctuées, pratiquées au thermocautère en 1880, ont laissé de petites cicatrices blanches, lisses, sans aspect chéloïdien. Quelques poils arrachés à ce niveau ont paru un peu grêles, ils ne présentent histologiquement aucune altération. Leur nombre, leur croissance, leur couleur, sont, au dire de la malade, exactement les mêmes qu'avant le début de la maladie. La face antérieure des avant-bras ne présente qu'un faible épaississement de la peau; il en est de même de la paume des mains, qui présente une coloration blanche en rapport avec la macération de l'épiderme que détermine une sueur abondante.

La sensibilité a conservé ses caractères normaux; un simple écartement de 4 millimètres entre les pointes d'un compas est perçu au niveau des pulpes digitales; sur les autres points des doigts, il doit atteindre à peu près 1 centimètre. Il semble d'ailleurs que la prolongation de cet examen, en exerçant longtemps la sensibilité la rende plus parfaite. Il faut aussi noter que les piqûres superficielles et les manœuvres auxquelles on soumet les doigts y déterminent une activité circulatoire facile à reconnaître.

Enfin, l'attitude et les mouvements des doigts sont loin d'être normaux. Les doigts sont demi-fléchis dans toutes leurs articulations et forment des arcs de cercle à rayons relativement grands, sauf le pouce, qui a conservé sa rectitude. Ils sont un peu écartés les uns des autres; la malade peut les rapprocher, mais ne peut les écarter davantage ; elle peut les fléchir davantage, mais sans amener leurs extrémités au contact de la région palmaire. Le pouce cependant peut être opposé aux autres doigts. L'extension est impossible. Ce n'est pas qu'il y ait paralysie de certains muscles : la malade les contracte tous facilement, mais elle déclare qu'elle sent le mouvement arrêté par un obstacle mécanique. Cet obstacle s'oppose avec la même force aux mouvements artificiels. Il est formé par la peau resserrée autour des jointures, rétractée au niveau des plis digito-palmaires. Il n'y a pas de frottements articulaires, et tout permet de supposer qu'aucune lésion des synoviales ou des cartilages ne vient s'ajouter aux lésions péri-articulaires qui déterminent la fausse ankylose.

La déformation des doigts, jointe à cette impuissance motrice, empêche la malade de se livrer à la plupart des ouvrages manuels; elle ne peut même pas se laver convenablement les mains; et cependant, en raison de la conservation

de la sensibilité et du mouvement d'opposition du pouce, elle sait encore exécuter certains petits travaux qui ne demandent que des mouvements peu étendus; elle peut, par exemple, faire de la charpie.

Tous les symptômes qui viennent d'être énumérés se présentent à un degré égal sur les deux mains; le côté droit cependant est peut-être un peu plus compromis que le gauche. Examiné comparativement sur les doigts d'une même main, ils vont en s'atténuant du petit doigt au pouce.

Tels sont les phénomènes permanents; mais il en existe d'autres, plus importants encore, mais intermittents. Sans parler d'une sensation de lourdeur du bras, qui souvent inquiète la malade, je veux parler des crises d'asphyxie locale. Quelquefois elles débutent par la syncope locale et finissent par la teinte cyanique. Le plus habituellement, elles procèdent autrement. Chaque matin, à peine retirées du lit, les mains éprouvent, au contact de l'air, une sensation de froid douloureux. Elles sont comme glacées, « comme s'il y avait de l'eau froide entre peau et chair, » et elles prennent une teinte bleuâtre assez intense, surtout aux doigts et sur la face dorsale, mais appréciable même encore à la face palmaire. Malgré de fortes frictions, cet état persiste longtemps, une heure environ. Puis les picotements redoublent; les extrémités des doigts, les doigts, puis la main deviennent d'un blanc mat. Alors les douleurs s'atténuent, les parties d'abord cyanosées, puis pâlies, deviennent roses et chaudes, soit dans l'ordre même où elles ont été envahies par l'asphyxie, soit irrégulièrement; elles se couvrent de sueurs, et la sensation de chaleur est si insupportable que la malade les arrose souvent d'eau froide. Un thermomètre, placé entre deux doigts, et maintenu par une bande, marque un écart de 10° entre le début et la fin de la crise. Peu à peu, les parties reviennent à leur état, sinon normal, du moins habituel. L'ensemble des phénomènes a une durée de deux heures.

Dans le courant de la journée, sous l'influence du plus léger refroidissement, de nouvelles crises surviennent; elles sont moins fortes que celles du matin. Le soir, une fois au lit, le malade est calme; quelquefois cependant, la sensation de main lourde ou de main morte est assez pénible pour troubler le sommeil.

Membres inférieurs. — Aux membres inférieurs, la peau conserve son aspect normal; elle est même remarquablement fine sur la face dorsale des pieds.

Au niveau de la malléole interne gauche est une ulcération dont le début remonte à un mois environ. La malade a ressenti d'abord une vive démangeaison en ce point; puis, sous la double influence du grattage et de l'irritation produite par le bord du soulier, une excoriation s'est formée qui a donné lieu à l'ulcération actuelle. Celle-ci, de la dimension d'une pièce de 1 franc, de forme ovalaire, présente un fond plat et rosé, où le bourgeonnement est peu actif et se limite par un bourrelet cicatriciel un peu saillant. Malgré le repos et un pansement phéniqué régulièrement appliqué depuis trois semaines, la guérison est des plus lentes.

Tronc. — Sur le tronc enfin, la peau, peu épaissie en avant où elle présente souvent des exanthèmes fugaces dus probablement à l'abondance de la sueur, l'est au contraire beaucoup en arrière. Dans tout le dos, le pli cutané, dont on n'a pas pu prendre la mesure exacte, a une largeur inusitée. Il s'efface lentement, comme si l'élasticité normale faisait défaut; il donne aux doigts qui le pressent une sensation d'empâtement particulière. Il ne semble pas que la peau

soit rétractée autour du thorax et gêne son ampliation; mais elle limite les mouvements de flexion du rachis, et, lorsque la malade veut se courber en avant, elle se sent retenue par une tension tout à fait analogue à celle qui limite le mouvement de ses articulations phalangiennes.

Grandes fonctions. — Elles s'accomplissent avec régularité. La digestion, la respiration, la menstruation, ne présentent rien à signaler. La circulation est normale; au cœur, on n'entend aucun bruit de souffle; les tracés sphygmographiques, pris sur la radiale gauche, malgré la gêne que les lésions cutanées apportent à ce mode d'exploration, ont les caractères des tracés normaux. M. Badal, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de Médecine, a bien voulu examiner la circulation rétinienne et n'a constaté ni pouls veineux, ni rétrécissement spasmodique artériel.

La température axillaire oscille du matin au soir de 37° à 37°,5.

Les globules du sang sont en quantité normale, peut-être deviennent-ils un peu plus rapidement crénelés qu'il ne conviendrait. L'appareil lymphatique ne semble pas compromis, ainsi que le prouve l'absence bien constatée d'engorgements ganglionnaires. L'urine est rendue en petite quantité : un litre à peine par jour; elle ne contient ni sucre, ni albumine, mais elle est pauvre en urée (7 grammes seulement par vingt-quatre heures). Cette insuffisance est peut-être compensée par l'abondance considérable des sueurs, qui humectent presque constamment la paume des mains, et se généralisent à tout le corps sous l'influence de la moindre émotion. Le système nerveux ne paraît pas d'ailleurs présenter le moindre trouble. La malade a conservé intactes son intelligence et sa mémoire; et, tout en étant très préoccupée des examens qu'on lui fait subir, elle s'y soumet avec une complaisance et une patience rares chez les sclérodermiques.

Marche de la maladie. — Tel était l'état de la malade, quand nous l'avons examinée pour la première fois en 1881. Elle fut alors présentée à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, dans les Bulletins de laquelle une note fut publiée à son sujet, et c'est d'après cette note que je viens de résumer les traits les plus saillants de sa maladie.

Depuis cette époque, Pauline Th... a fait de longs séjours à l'hôpital Saint-André, et nous avons pu suivre pas à pas les progrès de son affection. C'est ainsi que peu à peu l'ulcération du pied gauche a fini par guérir, laissant à sa place une cicatrice nacrée. En 1883, deux ulcérations se forment à la partie interne de la jambe gauche; elles sont légèrement anesthésiques dans leur fond et sur leur bord. Elles guérissent lentement (pansement iodoformé).

En 1884, l'affection a progressé encore. A la face, elle éprouve souvent pendant la nuit une sensation douloureuse de froid sur la joue gauche, à tel point qu'elle est obligée de la recouvrir d'ouate (novembre). Puis aussitôt après, elle ressent dans toute la face, mais surtout dans le côté gauche, une bouffée de chaleur, que suit immédiatement une sueur abondante. La sueur n'est pas la seule sécrétion modifiée : la malade pleure souvent, en raison de sa grande tristesse; mais elle a aussi constaté que l'air froid lui faisait inconsciemment verser des larmes. Les cheveux sont devenus grêles et sont si peu adhérents qu'ils s'arrachent sans se casser, quoique la plus faible traction suffise ensuite pour les rompre. Les dents sont presque toutes cariées et cassées au niveau des gencives.

Les crises d'asphyxie locale sont devenues, aux mains, plus longues et plus

violentes. Elles n'existent pas aux pieds. Cependant l'exposition prolongée du pied à l'air froid finit par provoquer une légère cyanose de la pulpe du gros orteil; et chaque matin, en quittant le lit, la malade ne peut appuyer les orteils par terre sans de vives douleurs. Elle est obligée de s'appuyer sur les talons. Elle signale aussi de fréquentes douleurs très vives, envahissant soudain la jambe et la cuisse, mais persistant de longues heures. Les genoux sont plus raides et plus douloureux qu'autrefois.

Enfin, le système nerveux commence à souffrir. Si l'intelligence est encore nette, la mémoire faiblit d'une façon manifeste. La douceur du caractère fait place à une irritabilité progressive. Ces changements dont la malade a parfaitement conscience, joints aux souffrances qu'elle éprouve, joints à l'impossibilité de plus en plus grande d'effectuer le moindre travail, joints enfin à une insomnie de plus en plus accentuée, plongent la pauvre femme dans un état physique et moral des plus affligeants.

L'urine, un peu plus abondante qu'autrefois (1 lit. 600) ne contenait plus que 5 grammes d'urée par litre; en revanche, les phosphates y étaient dans la proportion de près de 4 pour 1000.

Au mois de juin 1886, elle rentra une dernière fois à l'hôpital, très amaigrie, très affaiblie et présentant au sommet du poumon droit des signes non douteux de tuberculose. Cette maladie était-elle causée par ses longues misères, ou était-elle due plutôt à une contagion, contractée dans une salle où les phtisiques abondent, ou mieux encore était-elle la résultante de ces deux causes? Peu importe. Toujours est-il qu'elle évolua rapidement. La pauvre femme, prostrée, accablée, presque inerte, présentant une petite fièvre continue à exacerbations vespérales, souffrant de vives douleurs dans les premiers espaces intercostaux et sur le trajet des nerfs phréniques, atteinte d'une dyspnée permanente, maigrit de plus en plus. La peau, participant à cette émaciation, devint extrêmement mince, et vers les derniers temps sembla moins adhérente aux tissus sous-jacents. Les phénomènes d'asphyxie locale demeurèrent ce qu'ils étaient. Les pieds, tantôt très froids, tantôt très brûlants, étaient parfois le siège d'une transpiration abondante, parfois aussi d'un œdème assez notable, surtout à gauche, et du côté droit on nota une légère trépidation épileptoïde.

La malade mourut le 1er octobre 1886.

Autopsie. — L'autopsie est faite vingt-quatre heures après la mort. La rigidité cadavérique est plus marquée aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. La tumeur du sein droit, très développée depuis quelque temps et grosse comme les deux poings, se présente sous la forme d'un fibrome kystique, calcifié par places. L'examen histologique justifie ultérieurement cette appréciation.

Le poumon droit est farci de tubercules et creusé dans son sommet de petites cavernes. Le gauche présente des lésions analogues, mais moins avancées. L'intestin est normal; les ganglions mésentériques très développés; le foie est un peu gras et pèse 1,750 grammes: le microscope n'y a révélé plus tard que de l'infiltration graisseuse des cellules; la rate pèse 360 grammes et est diffluente; un des reins présente un foyer lardacé jaunâtre, en forme de pyramide; l'utérus porte deux petits myomes. En résumé, l'examen des viscères ne présente rien de particulier; nous insisterons surtout sur l'état du système nerveux, de l'appareil circulatoire et de la peau.

Peau. — La peau a été surtout étudiée au niveau du dos de la main et des extrémités digitales. Pour ces dernières, j'avais tenté de fixer les éléments anatomiques par une injection d'acide osmique dans une collatérale. Les résultats ont été insuffisants pour des raisons qui seront expliquées plus bas. La peau est très amincie ; elle mesure à peine 2 à 3 millimètres d'épaisseur. L'épiderme présente ses deux couches normales et normalement disposées.

Les papilles, peu nombreuses à la région dorsale de la main, sont en nombre normal au niveau de la pulpe. Elles ne semblent pas lésées, et les corpuscules de Meissner y sont très nettement reconnaissables. Le derme se fait remarquer d'abord par trois caractères : 1° faisceaux de tissu conjonctif très serrés, pressés les uns contre les autres, parallèles à la surface de la peau et paraissant même se cliver avec une certaine facilité ; 2° abondance extraordinaire de fibres élastiques ; 3° présence de groupes de fibres musculaires lisses d'une étendue tout à fait exceptionnelle ; l'hypertrophie de ces éléments porte sur leur nombre plutôt que sur leur volume. En dehors de ces lésions, on constate l'atrophie des poils et de leurs follicules ; l'aplatissement du glomérule sudoripare parallèlement à la surface de la peau par les faisceaux conjonctifs serrés, sa dissociation, la dilatation du conduit limitée à quelques points. Enfin, une des lésions les plus importantes est sans contredit celle des artérioles de la peau qui sont développées comme volume, mais rétrécies comme calibre, la plupart d'entre elles étant atteintes d'endartérite oblitérante et ne présentant plus qu'une lumière très étroite ou même impossible à découvrir. Ces altérations artérielles sont plus marquées au niveau de la région dorsale que sur la pulpe digitale.

Système nerveux. — Du côté du système nerveux, à part un peu de développement des corpuscules de Pacchioni et un état laiteux de la pie-mère au niveau de la scissure interhémisphérique, nous ne trouvons rien à signaler dans le cerveau. Le cervelet, le bulbe et la protubérance semblent également sains. La moelle paraît aussi normale à l'œil nu ; mais l'examen histologique révèle des lésions curieuses. Il a été pratiqué par mon ami le Dr Ferré, agrégé d'anatomie à la Faculté de Bordeaux, à qui je dois aussi l'étude micrographique du foie et de la tumeur du sein, et que je suis heureux de remercier de son obligeant concours. De nombreux corpuscules d'aspect embryonnaire sont développés autour du canal central de la moelle, il y a un début très léger de syringomyélie. Mais dans la moelle même, aussi bien dans la substance blanche que dans la substance grise, on trouve sur chaque coupe de quinze à soixante corpuscules, plus gros que des cellules géantes, amorphes, manifestement entourés par le réseau névroglique. Les réactions chimiques ordinaires ne donnent pas la preuve qu'il s'agisse de corps amyloïdes ; au contraire, M. le professeur Cornil, à qui les préparations ont été soumises, n'a pas voulu se prononcer, et a émis l'hypothèse qu'ils seraient peut-être constitués par de la myéline accumulée en grosses boules, à la suite d'une erreur dans l'application du liquide conservateur. Le soin que nous avions apporté à la préparation de cette moelle rend cette supposition peu probable. Quoi qu'il en soit, nous livrons le fait tel que nous l'avons constaté sans plus amples commentaires.

Les racines des nerfs rachidiens sont saines.

Parmi les nerfs, huit ont été examinés par dissociation, après action de l'acide, osmique ; les uns ont été trouvés absolument sains (nerf fémoro-cutané

gauche, collatéral gros orteil gauche, nerf grand splanchnique, collatéral interne annulaire gauche); les autres présentent quelques gaines vides et plusieurs tubes dans lesquels la myéline a subi la segmentation en boules; ils sont, en un mot, atteints de névrite parenchymateuse (filet cutané du dos du pied droit, du cou-de-pied gauche, nerf médian gauche, brachial cutané interne).

Appareil vasculaire. — J'arrive enfin aux lésions que je considère comme les plus importantes, celles de l'appareil vasculaire. Le cœur, un peu hypertrophié, du poids de 290 grammes, présente sur le feuillet viscéral du péricarde quelques plaques laiteuses et une forte adhérence de la pointe au feuillet pariétal. L'aorte, quoique saine dans l'ensemble, porte çà et là quelques plaques athéromateuses. Mais les altérations les plus intéressantes siègent dans le système artériel de la main. L'avant-bras droit étant désarticulé, avec l'aide de M. Viéron, préparateur du cours d'anatomie, je pousse, dans l'artère humérale, une injection d'eau chaude, puis une injection de térébenthine, enfin une injection de suif. Puis nous disséquons soigneusement les artères de l'avant-bras et de la main. L'injection s'est arrêtée dans l'artère cubitale, au moment où elle s'infléchit pour former l'arcade palmaire, et à partir de ce point l'artère très rétrécie ne se présente plus que comme un petit cordon manifestement étroit. Parmi les collatérales des doigts, les unes sont de volume et de calibre normaux; les autres, petites et à lumière rétrécie. Des injections poussées dans chacune d'elles pénètrent de la façon la plus inégale; quelquefois même, elles ne pénètrent pas du tout. L'arcade palmaire profonde est saine et normale.

Ces inégalités de calibre nous ayant fortement frappés, nous avons disséqué avec soin l'arcade palmaire gauche. Nous avons constaté les mêmes inégalités; et, l'ayant ouverte, nous avons trouvé dans son intérieur çà et là de petits caillots allongés et d'aspect assez ancien. L'examen histologique nous a montré que çà et là le calibre artériel était plus ou moins complètement obstrué par des bourgeons d'endartérite, complètement organisés, et présentant même sur plusieurs points des vaisseaux de formation nouvelle, absolument bien constitués.

Au sujet de ces lésions vasculaires, je rappellerai les altérations vasculaires des artérioles de la peau.

Muscles et os. — Enfin, pour compléter l'examen anatomique, je dirai que les muscles, en particulier ceux de l'avant-bras, étaient sains et leurs artères très facilement injectables; que les os du crâne, le frontal surtout, étaient plus épais que de coutume; que les ankyloses des articulations phalangiennes étaient uniquement dues à des rétractions ligamenteuses ou cutanées; que les phalangettes avaient subi un degré d'atrophie tel qu'elles étaient réduites à de petites lamelles moins grandes et à peine aussi épaisses que des pièces de 20 centimes.

Réflexions. — Messieurs, d'un cas unique, je ne voudrais pas tirer des conclusions absolument tranchées. Vous me permettrez seulement les réflexions suivantes. D'abord nous réserverons les lésions nerveuses centrales et périphériques, les premières, à cause de leur aspect insolite; les secondes, parce que la malade était tuberculeuse et que les névrites sont communes chez les tuberculeux. Quant aux lésions vasculaires,

elles me semblent assez intéressantes : les endartérites des artérioles de la peau confirment les observations de Goldschmidt, de Meyer et de Méry. Les rétrécissements de l'arcade palmaire et des collatérales n'ont pas, au contraire, à ma connaissance, été signalés. Incidemment Méry, dans sa thèse, dit que M. Darier a entre les mains une pièce d'oblitération des collatérales des doigts dans un cas de gangrène symétrique des extrémités. Mais, jusqu'à présent, les arcades palmaires n'ont pas été méthodiquement explorées dans les faits d'asphyxie locale, et c'est, il me semble, d'une façon un peu prématurée que Goldschmidt affirme que l'endartérite, dans la sclérodermie, affecte exclusivement les artères terminales de la peau.

Si dans la maladie de Raynaud, il n'y avait pas d'autre lésion vasculaire que ces endartérites terminales, on serait en droit de se demander pourquoi les phénomènes d'asphyxie, de syncope et de gangrène locales ne se produisent pas uniformément sur tous les points sclérodermiques. Je pense donc que, pour que les phénomènes susdits viennent s'ajouter à ceux de la sclérodermie, il faut une lésion de plus; et cette lésion pourrait être, à mon avis, l'endartérite des arcades palmaires et des collatérales. Ces artères importantes, étant ainsi rétrécies, seraient sujettes à la loi pathologique qui condamne au spasme tous les canaux atteints de sténose. De même qu'il y a accès de suffocation dans les cas de sténose laryngée, par spasme du larynx; de même qu'il y a rétention d'urine par spasme uréthral dans les cas de rétrécissement de l'urèthre, de même il y aurait spasme artériel dans les cas d'endartérite des arcades palmaires et des collatérales ; et ce spasme se traduirait par les phénomènes paroxystiques de la maladie de Raynaud.

Je le répète, je n'affirme pas ces conclusions, je les émets sous forme d'une hypothèse que je soumets à l'appréciation des membres du Congrès, et sur laquelle j'appelle l'éclaircissement de recherches ultérieures.

III. Étiologie et traitement de l'acné,

par M. le Dr Barthélemy (de Paris).

Non seulement l'ingestion de moules ou de marée avariée, de champignons ou de viande avancée, mais même une simple indigestion, peut, chez certains sujets, déterminer des poussées d'érythème, d'urticaire, etc.

D'autre part, les éruptions si multiples et parfois si graves provoquées par l'ingestion de substances toxiques ou médicamenteuses démontrent jusqu'à l'évidence les liens étroits qui relient les fonctions cutanées aux fonctions digestives, c'est-à-dire aux phénomènes de chimie intérieure d'absorption et peut-être d'élimination.

De plus, s'il est un fait que l'expérience a prouvé presque journellement à chacun de nous, c'est que l'ingestion des bromures et surtout celle des iodures donnent lieu chez beaucoup de personnes (non pourtant chez toutes) à des folliculites sébacées. Celles-ci ont une ressemblance singulière avec l'acné vulgaire, laquelle semble cependant être moins aiguë et moins douloureuse. On peut pour ainsi dire produire l'acné à volonté par l'ingestion des iodures. S'ensuit-il que l'acné est le résultat de fermentations gastriques qui joueraient ensuite vis-à-vis de la peau le même rôle que l'iodure de potassium par exemple, ingéré à certaines doses? En d'autres termes, peut-on dire par abréviation que l'acné est une éruption d'origine stomacale?

Certes, le temps est passé des conclusions par analogie ou par intuition, aussi bien que celui des généralisations hâtives. De plus, le dermatologiste doit sans cesse se rappeler l'enseignement donné par l'histoire de la gale, affection qui intéresse exclusivement la surface tégumentaire et qui pourtant fut si longtemps considérée, sinon comme d'origine interne, du moins comme « pouvant rentrer », etc...

Un deuxième fait frappe, c'est la longue durée de l'éruption acnéique, non pas à cause de la durée de chaque élément éruptif considéré à part, dont l'évolution ne dépasse guère quinze ou vingt jours, mais à cause de l'incessante répétition des poussées d'acné.

Sans doute, certaines maladies venues de l'extérieur : la lèpre, la syphilis, les fièvres éruptives, la tuberculose même, sont primitivement locales et se généralisent ensuite; quelques-unes de ces affections deviennent des affections chroniques par le fait d'une seule inoculation à jamais indestructible. Mais certaines autres dermatoses, comme la gale ou la phthiriase, ne se perpétuent que par le fait d'une réitération causale incessante, c'est-à-dire parce qu'elles sont sans cesse renouvelées par une même cause sans cesse renaissante.

Il s'agirait donc, pour ainsi dire, d'une sorte d'inoculation à répétition indéfinie.

Or, on ne connaît pas et il n'existe pas un bien grand nombre de causes de cet ordre, c'est-à-dire capables de sans cesse se reproduire. La digestion, qui est plusieurs fois accomplie par jour, peut devenir une de ces causes morbigènes à répétition, si elle est défectueuse habituellement, les produits de fermentation pouvant causer du côté de la peau des effets

non pas identiques, mais analogues à ceux qui résultent de l'ingestion des iodures ou de moules avariées.

Ces considérations rappelées, dans quelle classe peut-on ranger l'acné? Est-elle une maladie d'origine externe? Est-elle au contraire d'origine interne? et, dans ce cas, vient-elle bien de l'estomac? Telles sont les propositions que nous avons maintenant à examiner.

De tout temps on a tenté d'expliquer la *pathogénie de l'acné* par des troubles digestifs. Les livres déjà anciens et même les classiques contemporains, soit en France, soit à l'étranger, signalent presque tous le fait; mais, qu'on les relise, et combien confuses apparaîtront les notions étiologiques ainsi exposées; d'ailleurs, aux troubles digestifs on a adjoint toutes coïncidences morbides, les unes générales: telles que toute cause de débilitation, la chloro-anémie, la croissance, la convalescence, le surmenage, etc...; les autres locales: à savoir les maladies de foie, les affections utérines, celles des voies urinaires, etc... On a dit encore qu'il s'agissait là d'une maladie d'évolution; il est vrai que l'affection n'existe pour ainsi dire pas chez les enfants, mais qu'elle apparaît, au contraire, très fréquente et très abondante dès la puberté.

Je dois dire qu'une de mes observations se rapporte à un homme qui eut *pour la première fois* de l'acné à l'âge de trente-huit ans. Certes, chez lui l'évolution était depuis longtemps terminée.

D'autre part, plusieurs de mes observations ont trait à des femmes de quarante-huit, cinquante et un, cinquante-trois, cinquante-neuf ans. Une malade, âgée de soixante ans, longtemps après la ménopause, avait encore en activité, au moment de mon examen, un élément tout à fait typique, non pas de couperose, mais d'acné vulgaire développé sur le dos, lequel était d'ailleurs tout couvert de cicatrices acnéiques anciennes. Que devient, dans ces cas, la théorie qui attribue l'acné à l'évolution?

De tout ce qui précède, il résulte qu'on ne sait pas encore exactement d'où vient l'acné, laquelle constitue pourtant une des dermatoses les plus fréquentes dans le monde, sous tous les climats, dans toutes les races, chez les blancs comme chez les nègres.

Bouchard vint à publier ses célèbres recherches sur l'ensemble des troubles digestifs qui aboutissent plus ou moins rapidement à la dilatation d'estomac, laquelle devient à son tour le point de départ d'auto-intoxications et de phénomènes morbides généraux consécutifs; chose remarquable, ces derniers sont précisément les mêmes que les auteurs ont décrits sous le nom d'*acné-maladie,* par opposition à la dermatose, à l'*acné-éruption.* Bouchard, dans sa description des auto-intoxications, signale diverses affections toxi-dermiques qui en sont les conséquences,

à savoir : l'urticaire, les érythèmes, le purpura, certains eczémas, l'acné, etc.

C'est en ce sens qu'à mon tour j'ai dirigé mes recherches, à titre de contrôle. Dès 1885, j'ai publié à ce sujet un article dans les *Annales médico-chirurgicales;* deux ans plus tard, Fournier me fit dans une leçon clinique l'honneur de signaler le résultat obtenu jusqu'à ce jour dans 29 de mes observations. Aujourd'hui, les résultats que j'expose dans ce travail proviennent de 169 observations personnelles recueillies dans l'espace de cinq années. Or, sur 169 cas d'acné, 165 fois le clapotage, signe matériel, concluant, de la dilatation d'estomac, a été constaté ; 4 fois seulement il a manqué, et, encore, est-ce précisément sur des malades qui, venus seulement à ma consultation, n'ont pu être suivis. Or, Bouchard dit formellement que nombre de ses malades, dont la nutrition était fortement compromise par les troubles digestifs et dont la guérison ne fut obtenue que par le régime qu'il indiqua, ne purent être convaincus de clapotage qu'après plusieurs explorations attentives.

Mais, admettons que la dilatation stomacale ait fait réellement défaut dans ces 4 cas, il n'en serait pas moins acquis que, dans 165 cas, elle a existé incontestablement. C'est là un résultat d'autant plus significatif que j'ai fait des recherches analogues pour d'autres dermatoses, pour l'eczéma, le psoriasis, les érythèmes polymorphes, l'urticaire, le purpura, etc., et que la dilatation s'est alors présentée dans des proportions toutes différentes. Ainsi : 8 fois sur 27 cas de psoriasis, 16 fois sur 59 cas d'eczéma, etc., ce qui prouve bien que l'urticaire, les érythèmes, le purpura, etc., correspondent à un trouble digestif d'un tout autre ordre, à une intoxication survenue accidentellement et *d'allure aiguë* pour ainsi dire, tandis que l'acné est la résultante d'une défectuosité habituelle et longtemps répétée dans la chimie interne, d'un vice chronique dans l'élaboration des matières organiques dans le tube digestif.

D'ailleurs, faisons une réserve : si la séborrhée et secondairement l'acné sont la conséquence de troubles des fonctions *stomacales*, il y aura lieu de rechercher plus tard quelles dermatoses sont causées par les troubles de la digestion *intestinale* proprement dite.

Je dois dire que j'ai vu un certain nombre de cas, plus de 20 certainement, où la dilatation d'estomac était formelle, persistante, considérable, soit bien tolérée, soit accompagnée de troubles réflexes ou consécutifs sérieux, tels que migraines, palpitations, anémie secondaire, neurasthénie, troubles de la nutrition, émaciation et divers autres symptômes dérivant des auto-intoxications. Or, chez ces malades, l'acné faisait totalement défaut. La dyspepsie peut d'ailleurs être tout à fait inconnue du malade, sans douleur, sans même de ballonnement, ou n'être marquée que par des

phénomènes éloignés, palpitations, migraines, névralgies, froid aux pieds, suées par bouffées, constipation (laquelle est un effet et non pas, comme on l'a cru si longtemps, une cause morbide). Ainsi donc, s'il n'y a pas d'acné sans troubles digestifs, et même, peut-on presque dire, à mon avis, sans dilatation stomacale, *il y a certainement de la dilatation sans acné*. Voilà ce que démontrent les observations.

De ce que tous les dilatés n'ont pas d'acné, il ne s'ensuit pas qu'il faille rejeter cette cause; cela peut prouver seulement que tous les sujets ne sont pas également sensibles à l'action du poison acnogène. C'est là d'ailleurs une particularité relevée à propos de presque toutes les substances médicamenteuses ou toxiques et notamment à propos de l'acné iodique ou bromique. Cela ne s'observe-t-il pas également pour l'alcool, pour la morphine, etc.? La saturation n'arrive pas pour chacun à une dose égale.

Cela dépend de l'activité d'absorption et surtout de l'intégrité des organes d'élimination, etc. Mais je n'insiste pas. En serrant les faits de plus près, en rendant l'observation plus approfondie et plus minutieuse, on peut s'assurer que l'*acné n'est jamais le phénomène primitif*, qu'une *affection cutanée la précède invariablement*, *c'est la séborrhée.*

Qu'il me soit permis de rapporter ici un fait qui me semble instructif : Une jeune fille de quinze ans avait depuis plusieurs années déjà des troubles digestifs intenses : sang à la tête, crampes et cuissons dans l'estomac, après les repas ; il y a quelques années, l'irritation stomacale s'était propagée aux voies biliaires et avait même donné lieu à une ictère catarrhale. Plus récemment s'était constituée cette légère anémie si fréquemment consécutive aux insuffisances digestives, avec pâleur, céphalalgie, un certain degré d'amaigrissement, une extrême facilité de fatigue, sans pourtant qu'il y ait de souffles vasculaires ou cardiaques analogues à ceux de la chlorose. Ces troubles existaient certainement, au dire de la mère, qui m'apportait des ordonnances médicales déjà anciennes, depuis assez longtemps ; mais, depuis deux mois seulement, et pour la première fois, l'acné avait fait son apparition sur les épaules et au front sous forme de minuscules papulettes à peine colorées. Or, il n'y avait pas encore de dilatation stomacale (du moins, par une seule exploration, je n'ai pu en trouver la démonstration clinique), mais il y avait déjà une séborrhée assez marquée, très étendue, perceptible à la main et à la vue, siégeant sur le dos et sur la poitrine, où l'on avait une sensation de graisse au toucher et ayant déterminé des points noirs en abondance sur le nez et sur les pommettes. Ajoutons que les deux sœurs aînées de l'enfant ont une dilatation d'estomac arrivée à la période confirmée de l'acné pustuleuse, assez intense et assez ancienne pour avoir couvert de cicatrices

le dos, la poitrine et la face même. Les parents sont indemnes de tous ces troubles, soit stomacaux, soit cutanés.

Une autre de mes observations se rapporte à trois sœurs âgées de treize, seize et dix-neuf ans, ayant toutes trois, non seulement par le fait d'une disposition native des tissus, et notamment d'une débilité naturelle des téguments, mais surtout par le fait d'une même mauvaise hygiène, de la dilatation d'estomac, de la séborrhée et de l'acné pustuleuse. (Ici encore la mère est indemne de toute éruption; je n'ai pas vu le père, mais on me dit qu'il n'a rien de semblable.) Cette séborrhée qui, dans toutes mes observations, préexiste toujours à l'éclosion des premières papules acnéiques, qui est permanente, alors que les poussées d'acné sont intermittentes, mérite de retenir quelque peu l'attention. Elle constitue, à mon avis, une des conséquences les plus directes et l'une des preuves les plus constantes de la défectueuse élaboration des aliments dans l'estomac. Nombre de personnes *ont de la séborrhée*, soit grasse sur le dos et la face, soit sèche et pityriasique sur le cuir chevelu, *sans avoir d'acné*. Mais aucune n'a de la séborrhée sans trouble digestif. Elles ont la séborrhée et n'ont encore que cela du moins du côté de la peau; car quelques-unes ont en même temps des amas cérumineux dans les conduits auditifs. La *séborrhée est la condition nécessaire, grâce à laquelle se répand et pénètre dans les glandes sébacées la semence acnogène qui ne tarde pas à se développer sous forme de petites papules.*

Cette séborrhée est toujours en proportion directe, soit de la diminution de la résistance de l'organisme, soit de l'intensité de l'affection stomacale; c'est ce qui semble prouver qu'elle est bien le résultat du trouble digestif lui-même, que cette hypersécrétion soit la conséquence de la présence dans les glandes sébacées des leucomaïnes ou d'acides gras, par exemple, ou qu'elle soit causée par l'action de microbes venus de l'extérieur et retenus par le produit hypersécrété. Quoi qu'il en soit, la séborrhée n'existe pas chez l'enfant — c'est pour cela que l'acné vraie manque aussi à cet âge. — Il faut se souvenir que les glandes sébacées ne commencent à fonctionner qu'à partir de la puberté et que, chez certaines femmes, les glandes sébacées conglomérées donnent une sorte de sécrétion lactée au moment des couches.

Ce qui précède et ce qui suit n'est d'ailleurs qu'une hypothèse à laquelle je renoncerai très facilement, aussitôt qu'une meilleure explication me sera fournie. Comment d'ailleurs se développe cette séborrhée ?

Peut-être par le mécanisme que je vais dire : chacun a observé de ces personnes qui, d'abord à la fin d'un grand repas, plus tard à la suite d'un dîner simple, deviennent rouges à la face et s'empourprent au fur et à mesure que l'estomac, plus chargé et mieux rempli, a plus de difficultés

à accomplir sa fonction. Cette rougeur vineuse, peut-on dire à tous les points de vue, est intense, surtout à la face (au dos, je ne sais pas), au front, au nez, aux pommettes, précisément dans les points qui sont le siège favori de l'acné. Ce n'est pourtant là qu'un fait passager et qui n'a aucune suite quand il n'est pas fréquemment réitéré. Dans le cas contraire, ce phénomène, qualifié de *réflexe*, devient chronique, la vascularisation reste excessive en permanence, non seulement à la surface, mais encore autour des glandes de la peau. Cette congestion chronique est la première période de la couperose qui, plus tard, s'accompagne de varicosités sous-épidermiques et dermiques et d'hypérémie persistante autour de chaque folliculite. Bref, le sang stagne, et la diminution de l'activité circulatoire favorise, comme on sait, soit les troubles trophiques, soit surtout le développement de parasites. Chez d'autres personnes, et ce sont de beaucoup les sujets les plus nombreux, les plus jeunes, les moins robustes, les plus lymphatiques ou les plus atteints de cette anémie spéciale qui est secondaire aux insuffisances stomacales, chez celles-là, dis-je, il y a une hypérémie cutanée moindre, le trouble circulatoire reste peu marqué, excepté par instants, mais la fonction séborrhéique est tout particulièrement exagérée, de telle façon que, surtout dans les points indiqués (dos, front, nez), la peau paraît grasse au toucher, le papier de soie est taché comme par de la graisse et pourtant je dois rappeler l'opinion de Balzer qui, au microscope, n'a trouvé que fort peu de graisse dans les amas séborrhéiques. Quoi qu'il en soit, la sensation est la même que celle de la graisse et le linge est promptement sali par ces malades qui, la plupart du temps, ont aussi des transpirations abondantes (les sueurs profuses sont d'ailleurs loin d'être toujours liées à l'excès de la séborrhée). Les poussières atmosphériques sont facilement retenues par la surface cutanée enduite de cette substance ayant toutes les apparences de la graisse. Il y a sur le nez des points noircis, formés par la béance exagérée des orifices sébacés et par la coloration chimiquement modifiée de la matière séborrhéique. La plupart du temps, l'état séborrhéique ne dépasse pas les limites précédentes. C'est très rare (ou du moins je ne l'ai rencontré que trois fois en coïncidence avec l'acné) de voir la *séborrhée* être *concrète* et former des amas plus ou moins épais, soit autour des mamelons, soit autour des paupières et des cils, soit enfin sur les ailes du nez. A ce propos, on peut se demander si cette variété concrète n'est que l'exagération de la première forme, et ne résulte que d'une hypersécrétion ou de certains troubles de cette sécrétion, ou bien s'il ne s'agit pas déjà de résultats de l'action de parasites spéciaux.

Je n'insiste pas; ce n'est pas la forme concrète, c'est la forme humide atténuée qui m'intéresse ici. *C'est elle que j'ai vue toujours précéder l'acné.*

Quand le terrain est ainsi préparé, il peut rester tel pendant un temps plus ou moins long, des mois et peut-être des années, *tant qu'il ne se rencontre pas de germes acnogènes.* D'autres fois, ce germe peut se rencontrer rapidement, surtout si, comme dans les cas que j'ai rapportés précédemment, il s'agit de trois sœurs dont les deux aînées, couvertes d'acné, ont pu fournir rapidement à la plus jeune la semence acnogène.

Alors se montre l'acné, dont l'apparition n'a jamais, dans mes observations, précédé la séborrhée. *L'élément acnéique est toujours primitivement papuleux;* et, je le répète à dessein, *l'acné, vraie et pure, n'est jamais que papuleuse. Au début,* la papule est même minuscule, tout à fait miliaire, à peine plus proéminente que la saillie des follicules pilo-sébacés dans le phénomène de la chair de poule ; à ce moment, la papule acnéique est à peine colorée, à peine teintée de rose clair.

Tel est le début de l'acné, chez les sujets qui n'en ont jamais eu auparavant. Ce n'est pas tout à fait la même forme que le début de l'acné chez les personnes qui ont déjà eu plusieurs poussées antérieures. Chez celles-ci, en effet, l'acné peut être presque d'emblée soit pustuleuse, soit nodulaire. Quand elle est papuleuse, la papule est plus large, plus étalée que dans les cas où l'acné apparaît pour la première fois ; elle est plus plate aussi et légèrement déprimée au centre, mais surtout elle est plus colorée, rouge, parfois vineuse.

Chaque élément acnéique évolue complètement dans l'espace de quinze à vingt jours, et chaque poussée se compose de quatre à douze éléments en moyenne ; mais il semble y en avoir parfois beaucoup plus, parce que, les poussées étant incessantes et subintrantes, il peut y avoir en activité simultanée, mais à des degrés différents d'évolution, un bien plus grand nombre d'éléments acnéiques.

Un fait doit être noté ici · l'élément acnéique est, ai-je dit, au début, papuleux. Or, je crois qu'*il reste tel pendant toute son évolution, s'il reste exclusivement acnéique,* c'est-à-dire si, au germe acnogène, il ne vient se surajouter ou s'associer aucun autre microbe.

En effet, l'*évolution ultérieure de l'élément acnéique,* celle qui nous paraît habituelle, *n'est que le fait d'associations microbiennes* survenues après coup, tout comme il arrive dans la variole ou dans la gale, etc... C'est par l'adjonction de microbes autres que le sien propre que l'acné devient pustuleuse, nodulaire, tuberculeuse, indurée, phlegmoneuse, etc...

Je dis donc que l'acné est une papule spéciale qui, après être restée à l'état de papule pendant toute son évolution, se terminerait par dessiccation et par cicatrice, si cette évolution n'était compliquée par l'intervention d'autres germes ; que cette papule est contagieuse, inoculable de proche en proche, et qu'elle ouvre une brèche pour la pénétration d'au-

tres microbes disséminés à la surface de la peau. Inertes, ils y attendent une fente pour s'y introduire et s'y développer à leur tour.

Pathogénie. — Je crois que l'acné rosée diffère quelque peu de celle que j'étudie ici, laquelle est l'acné vulgaire; elle est donc assez souvent entremêlée, surtout quand elle dure déjà depuis longtemps, de saillies à méat béant, de points noirs, d'élevures folliculeuses, d'indurations tuberculiformes, de tannes, de kystes sébacés de volume variable (inutile de rappeler que ceux-ci peuvent exister aussi sans acné, mais ne peuvent se développer que s'il y a séborrhée préalable), d'abcès dermiques et sous-dermiques, plus ou moins nombreux, suivis parfois de décollements qu'il faut drainer, enfin de cicatrices plus ou moins profondes. Le milium m'a paru tout à fait différent et indépendant des lésions cutanées précédentes.

Ces follicules pilo-sébacés, qu'on croyait jadis hypertrophiés par un excès d'activité et dilatés par un surcroît de sécrétion et qui, en résumé, sont plutôt troublés, pervertis plutôt qu'exagérés dans leur production, contiennent à l'examen chimique un peu d'iode, des chlorures et surtout des acides gras agglomérant des cellules épithéliales altérées. La stagnation du sang est démontrée par la rougeur de la peau due soit à une action réflexe, soit à l'action directe de toxiques, par la dilatation des vaisseaux, par le ralentissement de la circulation localisé dans certaines régions cutanées qui sont toujours les mêmes, en vertu de la sélection naturelle des agents de la chimie biologique intérieure, ceux-ci ayant, comme toute autre substance médicamenteuse ou toxique, une action élective qui leur est propre. Or, il serait étonnant que la stagnation du sang, ainsi que le milieu acide et gras, n'eussent pas créé un terrain tout spécialement propice aux opérations microbiennes et aux fermentations.

Toutes ces affections cutanées sont d'ailleurs beaucoup plus fréquentes chez les personnes qui négligent les soins de toilette et ne font pas des lavages assez soignés ou assez répétés.

Tous les auteurs qui ont étudié l'acné insistent sur sa *durée indéfinie*. Un certain nombre de médecins, lassés même par l'inefficacité des ressources de la thérapeutique et frappés d'ailleurs de l'innocuité de l'affection, ont déclaré aux malades que l'acné était chose utile à conserver, dangereuse à faire disparaître et ont qualifié l'éruption de « *boutons de santé* ». Je trouve dans cette pérennité une confirmation de la théorie étiologique que je propose. N'est-il pas facile de comprendre en effet que les digestions défectueuses renouvellent constamment la séborrhée? Dès lors, le terrain étant toujours préparé, et, d'autre part, la semence morbigène ne faisant jamais défaut, il n'y a pas en vérité d'autre raison, pour que l'affection prenne fin, que la destruction de toutes les glandes pilo-sébacées. — Que l'on examine attentivement le mode de développe-

ment et la marche des poussées, on se rendra facilement compte, à mon avis, que l'affection se propage de proche en proche, non d'une manière systématique, aux glandes sébacées disséminées dans le voisinage des glandes primitivement atteintes, par une sorte d'auto-inoculation de puissance presque indéfinie; en effet, dans quelques cas d'acné généralisée, j'ai pu observer des éléments caractéristiques, non seulement aux bras, aux jambes, mais dans des sièges plus insolites encore, par exemple autour de l'anus, dans les organes génitaux soit de l'homme, soit de la femme, et jusque dans les plis génito-cruraux.

L'affection est de même transmissible par contact aux autres sujets, à condition que ces sujets présentent le terrain nécessaire, le terrain séborrhéique, préparé ainsi que j'ai dit. C'est pour cela qu'on rencontre si souvent l'acné répandue dans toute une famille quand la constitution, les prédispositions héréditaires, les degrés de résistance organique sont à peu près identiques et surtout quand les sujets sont soumis aux mêmes conditions défectueuses d'hygiène, d'alimentation, etc...

Certaines conditions de santé, les écarts de régime, l'alcoolisme, certains âges, certains tempéraments, sont plus particulièrement favorables à ces inoculations, à cette transmissibilité.

Tels sont : l'anémie (c'est pour cela que tous les toniques, y compris l'huile de foie de morue, peuvent combattre l'acné, dont les ragoûts ou les graisses indigestes favorisent pourtant d'habitude le développement).

Tels sont : les âges de la puberté, de l'adolescence (acné juvenilis), l'âge adulte même, tandis que les âges extrêmes de l'existence semblent être des conditions, sinon opposées, du moins défavorables ; tels sont les tempéraments lymphatiques et tous ceux qui ont à la peau une résistance moindre (variole antérieure, lésions du nez), qui ont un épiderme facile à ébrécher. Tels sont enfin ceux que leur profession expose aux poussières irritantes et surtout ceux qui négligent les soins de propreté, défauts de soins qui favorisent l'accumulation des germes et facilitent les fermentations à la surface de la peau, etc.

Au contraire, toutes les conditions opposées combattent l'éclosion et entravent le développement du germe acnogène et sont bonnes, par conséquent, à retenir par le médecin si souvent consulté pour guérir l'acné.

Pour donner la preuve de ces propriétés de contagiosité et d'auto-inoculabilité que je n'hésite pas à attribuer à l'acné, j'ai fait des expériences multiples. Aucune, je dois dire, n'est concluante ; deux fois j'ai cru réussir, deux fois j'ai obtenu des résultats positifs, mais l'évolution m'a démontré qu'il s'agissait de pustules simplement purulentes (impétigineuses ou ecthymateuses) et non acnéiques.

Je pense que l'inoculabilité existe néanmoins et que si j'ai eu des

résultats négatifs c'est parce que je n'ai pas su réaliser les conditions de cette inoculabilité, soit pour n'avoir peut-être pas choisi un organisme constituant pour la semence un terrain suffisamment bien préparé, soit pour n'avoir pas pu porter le germe dans le fond de la glande pilo-sébacée, milieu favorable par excellence, comme le prouve l'évolution spontanée du mal.

D'autre part, j'ai fait, comme Gilbert, sur des sujets si bien préparés qu'ils avaient déjà de l'acné, des frictions avec de la charpie antiseptique imbibée de raclures de pustules acnéiques et de matière séborrhéique, et j'ai obtenu une poussée d'éléments franchement acnéiques polymorphes, mais je ne puis dire si c'est mon inoculation qui a réussi, ou bien si c'est le sujet lui-même qui a donné spontanément ce résultat. Toutes ces recherches et ces expériences sont donc à faire de nouveau. Admettons que l'inoculation sur la même personne ait toujours échoué, ce n'est pas une preuve absolue de non-inoculabilité. L'inoculation de l'herpès tonsurans, cette affection pourtant si contagieuse, n'a-t-elle pas échoué presque toujours ? (Hardy, *Acad. de méd.*, 20 décembre 1887.) Celle du lupus est-elle facilement réalisable ?

L'examen du contenu des éléments acnéiques a été fait au point de vue anatomique, microscopique, chimique et même au point de vue des cultures. Je dois dire qu'il n'y a pas encore de résultats concluants au point de vue de l'agent infectieux producteur et transmetteur. La séborrhée contient surtout des cellules épithéliales en état d'altération plus ou moins avancée, mais, au dire de Balzer, fort peu de graisse. Il ne semble pourtant pas qu'il s'agisse là d'une simple hypersécrétion analogue à celle qu'on constate sur les muqueuses des personnes soumises aux préparations iodurées. Il y a, de plus, des acides gras favorables aux fermentations. On y a trouvé des chlorures et de l'iode, consécutivement à des ingestions iodiques et enfin d'inoffensifs demodex, toutes choses connues déjà depuis longtemps et n'apportant pas à la question étiologique une grande somme d'éclaircissements. Lorsque la pustule est formée, outre les cellules épithéliales altérées, on trouve de nombreux leucocytes chargés de microcoques pyogènes, mélangés à des diplocoques et à d'autres vibrions banals de la peau. Chaque fois que paraît une complication purulente, les associations microbiennes sont manifestes, comme dans l'ecthyma, l'impétigo ou le furoncle, les microbes pyogènes sont abondants, surtout les staphylocoques soit jaunes, soit blancs. D'après Gilbert, le staphylococcus albus aurait dans l'acné une prédominance, sinon exclusive, du moins considérable. A un degré plus avancé, la glande devient scléreuse, s'atrophie, s'oblitère et, si l'on tient compte de la diminution des fonctions cutanées

chez le vieillard, cette atrophie des follicules pilo-sébacés explique peut-être pourquoi l'acné devient si rare chez le vieillard, quoique la séborrhée persiste et arrive même fréquemment à la forme concrète.

Quoi qu'il en soit de tous ces résultats encore peu concluants, je reste convaincu que l'acné résulte d'un ensemencement direct de la peau et qu'elle se propage et se multiplie de proche en proche.

C'est par les cultures, plus encore que par le microscope, qu'on arrivera à réaliser, je crois, des progrès réels dans la voie des connaissances étiologiques des dermatoses, et notamment de l'acné. Ce point appelle donc de nouvelles recherches.

Un fait, qui cependant reste acquis, c'est que les complications de l'acné dépendent des conditions pyogéniques qui sont communes à toutes les vésicules ou pustules, qu'il s'agisse de la variole ou de la gale, ou bien de l'ecthyma, de l'impétigo ou du furoncle, ces dernières affections cutanées étant nettement contagieuses, auto-inoculables de proche en proche, absolument comme l'acné, à laquelle je voudrais faire reconnaître formellement ces deux propriétés cliniques.

Plusieurs fois on a trouvé dans les pustules acnéiques le bacille de la tuberculose, bien qu'il n'y ait chez le sujet ni lupus, ni tuberculose cutanée ou viscérale. Ce fait semble démontrer que l'acné chronique est bien une porte d'entrée toujours ouverte à tous les germes venus de l'extérieur. De là la transformation possible des anciennes lésions acnéiques en tuberculose cutanée, ce qui est rare, ou sa dégénérescence épithéliomateuse, ce qui est plus fréquent; de là des chancres, etc.

Mais, dira-t-on, si l'acné est due à un germe inoculable, pourquoi n'existe-t-elle pas indifféremment sur toutes les parties du corps, et pourquoi a-t-elle des sièges de prédilection si nettement indiqués ? Il est facile de prouver que toutes les affections, même les plus inoculables, ont des sièges plus particulièrement habituels. Le furoncle vient au cou, l'impétigo à la face, la diphtérie aux amygdales.

Mais ici la réponse est facilitée encore par le fait qu'il est nécessaire que le terrain soit préalablement préparé et que cette préparation résulte d'une *action élective*, propriété dont sont douées les substances toxiques formées dans l'estomac, au même titre que les substances médicamenteuses ou toxiques ingérées (iode, etc.) et dont l'élimination se fait toujours par tel organe plutôt que par tel autre.

Pour la thèse que je présente ici, je trouve une nouvelle preuve dans la description même des auteurs. Un grand nombre d'entre eux, en effet, et non les moins autorisés, décrivent non seulement l'acné en tant qu'éruption, mais encore l'acné en tant que maladie. Or, tous les symptômes qui ont été ainsi attribués à cette maladie sont précisément ceux que

Bouchard a démontré être la conséquence des troubles digestifs et de la dilatation d'estomac (rougeur du visage et somnolence après les repas, céphalalgie, migraines, névralgies, urticaire, constipation, effet et non pas cause; à un degré plus avancé, dyspepsie flatulente ou acide, avec tous leurs inconvénients prochains ou éloignés, etc.).

D'autre part, je n'ignore pas les cas de disparition d'acné à la suite de guérison d'affections uréthrales, par exemple, mais je pense que ce sont là des coïncidences dues à ce que l'état général est devenu meilleur et que l'anémie causée par l'affection uréthrale a elle-même été supprimée. Car, ici, comme pour toute autre infection ou auto-intoxication, plus l'état général est résistant, plus la maladie envahissante est légère.

Enfin, je trouve une confirmation de l'étiologie sur laquelle j'attire l'attention pour l'acné, dans les résultats thérapeutiques obtenus d'après les indications de cette étiologie même. Quelques guérisons ont été obtenues dans des cas légers ou plutôt dans des cas d'acné pure dégagée de tout autre microbe pyogène ou autre, sans aucune pommade ni traitement externe, par le seul fait de la stérilisation de la peau obtenue au moyen de l'hygiène alimentaire et la régularisation des fonctions digestives. D'autres cas plus nombreux et plus intenses ont exigé, pour disparaître, l'adjonction du traitement local. Dans ces cas, l'acné a disparu bien avant, je dois le dire, que n'ait disparu la dilatation d'estomac, mais c'est là un résultat sur lequel Bouchard insiste : le fait de suivre le régime, de régulariser les fonctions digestives, suffit à délivrer le malade de tous les symptômes pénibles dont il se plaignait, tels que : maux de tête, vertige, palpitations, etc., alors qu'il faut souvent des années pour guérir la dilatation elle-même.

Ainsi donc, étant donnée une poussée d'acné, il y a lieu de soumettre le malade à une antisepsie rigoureuse des téguments et du tube gastro-intestinal. Les résultats satisfaisants obtenus par cette méthode montrent bien que les considérations que nous venons d'exposer ne sont pas que théoriques, mais au contraire qu'elles ont une portée directe sur la pratique. Je dois dire que les résultats sont obtenus en général au bout d'un certain temps et seulement chez les personnes soigneuses et qui peuvent s'alimenter d'une façon choisie. C'est pour cela que, contrairement à ce qui se passe pour la plupart des maladies de peau, on guérit mieux l'acné en ville qu'à l'hôpital. Pourtant, il est en ville des personnes sans énergie ou sans persévérance, incapables de suivre un traitement de quelque durée, auxquelles il est absolument inutile de conseiller un traitement curatif. Ce serait du temps perdu.

Dans d'autres cas, au contraire, l'alliance de l'antisepsie cutanée et de l'antisepsie gastro-intestinale donne les résultats les plus satisfaisants.

Je ne citerai qu'un cas, celui d'une jeune fille dont la face était si couverte d'acné qu'elle était complètement défigurée et qu'elle avait été refusée à la visite médicale nécessaire pour être institutrice. Dans l'espace de sept à huit mois, pendant lesquels le traitement fut régulièrement suivi, la guérison fut obtenue; depuis deux ans, la malade, grâce à l'hygiène alimentaire, n'a pas eu de récidive et elle a pu continuer sa carrière.

L'antisepsie intestinale sera faite, non comme autrefois, au hasard et par tâtonnement, mais avec les indications précises que conseille Bouchard dans sa diététique, par les poudres antiseptiques et absorbantes, et aussi par des purgatifs légers, ainsi que par des diurétiques destinés à faciliter le désencombrement de l'organisme. Les poudres que j'ai employées avec avantage sont : le naphtol, la craie préparée, la crème de tartre, la magnésie calcinée et un certain nombre d'eaux minérales. Ces eaux, disons-le en passant, sont efficaces la plupart du temps, bien moins parce que les alcalins neutralisent chimiquement les acides que parce qu'elles détruisent les fermentations ou combattent les auto-intoxications.

Selon les indications et par intervalle, les digéstions seront facilitées soit par de la pepsine, soit par de l'acide chlorhydrique, en même temps que l'anémie sera combattue par les amers et les toniques. En même temps seront pris des bains sulfureux, deux fois par semaine; seront faites des lotions antiseptiques matin et soir; et enfin, des douches froides en pluie et en jet.

Localement, selon les prescriptions classiques, des applications de savon noir pourront être faites au début, dans le dos, tandis qu'à la face on fera usage principalement de pâtes phéniquées et soufrées, des badigeonnages de naphtol camphré ou des pulvérisations d'éther tenant en dissolution saturée du camphre, du tanin, de l'acide salicylique et même de l'iodoforme. Pour la nuit, j'ai parfois fait appliquer avec avantage des épithèmes antiseptiques salicylés ou ichthyolés. De fines pointes de feu doivent être employées pour détruire les éléments acnéiques affectant la variété tuberculeuse; plus tard, on conseillera les pulvérisations phéniquées et les pommades légèrement salicylées avec le mélange vaseline, lanoline, amidon pur et oxyde de zinc; le lendemain matin, les savonnages antiseptiques suffiront pour amener et pour maintenir le résultat satisfaisant (savons au naphtol, à la créoline, etc.).

Je dois dire que dans ce cas et dans seize autres, pris au hasard de la clinique, les *sécrétions gastriques* ont été analysées ; la présence de l'acide chlorhydrique libre a toujours été constatée au moyen de papiers imbibés de diverses matières colorantes, telles que le violet de méthyle, le réactif de Gunzburg, le vert Malachite, le rouge du Congo, la tropéoline, etc. Mais le dosage, soit par le procédé des teintes de Bardet, soit

par le procédé de Moermer, basé, comme on sait, sur la décomposition du carbonate de barium par l'acide chlorhydrique, a montré que les différences pouvaient être considérables sans que l'acné en fût visiblement modifiée. Ce n'est donc pas de ce côté qu'on peut encore trouver le guide sûr pour la médication interne. Il est de même impossible encore de dire si la séborrhée et l'acné répondent à une fermentation spéciale de l'estomac. Néanmoins, les travaux de Bouchard constituent, à notre avis, une véritable révolution ou révélation, en ce sens qu'ils permettent de *stériliser le milieu de culture* et de rendre par conséquent l'organisme réfractaire à l'agent acnogène.

Dans un certain nombre de cas, le *traitement local* a tenu tout à fait le premier rang, notamment dans deux cas d'*acné nummulaire*, confluente, agminée en nappe ou en nodosités formant sous la peau de la nuque dans un cas, sous celle des joues dans l'autre cas, des masses volumineuses pouvant être prises pour des gommes, non encore ramollies. Chaque fois que l'on y exerçait une pression, on faisait jaillir, des petites glandes sébacées voisines des gros kystes, une foule de petits jets ou de saillies vermiculaires de matière sébacée. Dans trois de ces cas, les incisions, les drainages, les pointes de feu et les pulvérisations phéniquées ont seuls pu amener la guérison. Je dois dire toutefois que, dans ces cas, il y a une abondante séborrhée, mais fort peu d'acné vulgaire et que, s'il s'agit d'une lésion des glandes sébacées, peut-être cette lésion n'est-elle pas identiquement du même ordre que l'acné proprement dite.

Quoi qu'il en soit, ces cas de kystes sébacés multiples duraient depuis plusieurs années, résistant aux traitements ordinaires, et, par les moyens que je viens d'indiquer, j'ai pu obtenir la guérison complète — qui, depuis une année, est restée définitive — dans l'espace de deux mois pour deux cas et de trois mois pour le plus intense.

Conclusions. — Je résumerai le travail qui précède par les propositions suivantes :

1° *Qui dit acné dit estomac*, c'est-à-dire que la présence de l'acné sur la face ou sur la poitrine doit faire immédiatement penser au médecin: (A) qu'il existe habituellement de la dyspepsie, de la dilatation d'estomac et les symptômes divers qui s'y rattachent; (B) que c'est seulement en traitant les troubles digestifs qu'on pourra se rendre définitivement maître de l'affection cutanée et qu'on aura quelque chance d'en prévenir les désespérantes récidives.

2° *La dyspepsie ne fait pourtant que préparer le terrain* sur lequel sera semé et se développera le *germe acnogène*, ce dernier ne trouvant un milieu vraiment favorable que dans la *séborrhée*. Cette affection est la conséquence directe de l'élaboration défectueuse des aliments dans l'estomac,

des fermentations anormales qu'ils y subissent et de l'éliminati onpar les glandes de la peau de tous ces produits, sinon toxiques, du moins utilisables, qui ont été absorbés avec les produits vraiment utiles de la digestion (leucomaïnes, acides gras volatils, etc.). Cette proposition peut se résumer par ces mots : *Pas d'acné sans séborrhée préalable.*

3° *L'éruption acnéique qui apparaît alors est le résultat d'un ensemencement de la peau séborrhéique par des germes venus de l'extérieur.* On peut juger de la facilité d'ensemencement que présente aux germes de l'extérieur une peau séborrhéique par le seul fait de l'adhérence des poussières atmosphériques : tous ceux qui ont la peau grasse ou plutôt séborrhéique ont la peau facilement malpropre, salissant vite leur linge, etc.

4° *L'éruption acnéique est contagieuse* et surtout auto-inoculable de proche en proche ; c'est-à-dire que, transmissible d'un individu à un autre, à condition de rencontrer un terrain séborrhéique, elle se transmet surtout sur le même individu, d'une glande sébacée primitivement infectée aux autres glandes sébacées. Cette propriété de l'inoculabilité permet de ranger l'acné parmi les affections parasitaires à côté de l'ecthyma, de la furonculose, de l'impétigo, etc.

Suivant la résistance ou la dépression de l'organisme, selon l'état séborrhéique plus ou moins complet de la peau, l'éruption acnéique sera discrète ou confluente, très circonscrite ou très étendue, intermittente ou permanente, etc.

5° Une fois qu'il y a eu de l'acné sur un sujet, les germes acnogènes semblent résider constamment dans la peau ; longtemps à l'état latent, ils n'attendent pour se développer de nouveau qu'une occasion favorable, ainsi qu'on le voit par le fait d'écarts de régime, d'ingestions de divers médicaments (iode, etc.) ou de causes débilitantes de l'état général.

6° Le traitement découle directement des notions étiologiques précédentes et, indépendamment des moyens chirurgicaux exceptionnellement indiqués, tels que : ponctions et incisions, cautérisations simples, cautérisations ignées, drainage, etc., il devra consister, d'une part, dans l'antisepsie cutanée pour combattre les éléments acnéiques en activité, d'autre part, dans l'antisepsie gastro-intestinale pour rendre l'organisme réfractaire à de nouvelles poussées en stérilisant le milieu de culture.

IV. Éruption bromique polymorphe (péri-adénites et bulles),

par M. le Dr Jacquet (de Paris).

Voici en quelques mots la relation clinique du cas sur lequel je vais appeler votre attention : Une femme de trente-deux ans entre dans le service de mon maître, M. E. Besnier, avec une éruption de grosses plaques bourgeonnantes de la face. Ces plaques, de la dimension d'une noisette, voire d'une amande, occupaient principalement les sourcils, le nez, qu'elles déformaient et dont elles obstruaient presque complètement les narines, les joues et accessoirement les parties supérieures du cou. Elles étaient *saillantes*, *perforées d'orifices*, extrêmement *molles* à la pression, indolores, mais le moindre contact faisait sourdre en abondance un mélange de sang et de pus. En outre, sur la face dorsale des mains se voyaient quelques bulles affaissées, pleines d'un liquide louche.

La malade paraissait dans un état assez grave, elle était dans un demi-coma, et je reconnus au cœur un souffle d'insuffisance aortique. Les urines étaient albumineuses.

A mon premier examen, mon diagnostic d'*impression*, pour ainsi dire, fut celui de syphilide végétante aiguë à forme anormalement rapide et grave, mais il s'effondra rapidement, ainsi du reste que plusieurs autres. Je me rappelai alors un cas analogue, observé précédemment dans le service de M. Besnier, et j'interrogeai la malade sur les médicaments employés par elle. J'appris aussitôt que depuis *un mois* elle prenait du bromure de potassium ; l'éruption datait de vingt-deux jours au moins; je n'hésitai pas alors à lui attribuer une origine toxique. Le lendemain, M. Besnier confirmait mon opinion.

Quelle a été l'évolution de cette toxicodermie? J'ai pu savoir par les ordonnances qui m'ont été remises que, depuis le *4 décembre*, la malade absorbait quotidiennement de 2 à 3 grammes de bromure de potassium.

Or, les premiers éléments pustuleux apparurent sur *la face* du 10 au 12 *décembre*, c'est-à-dire de six à huit jours après le commencement de la médication, et ils étaient, au dire des parents de la malade, plus volumineux que lors de l'entrée.

La mort survint rapidement dans le coma. Quelques jours avant, j'avais prié M. Buquet, interne en pharmacie du service, de rechercher le bromure de potassium dans l'urine et dans le liquide sécrété par les plaques, dont j'avais pu recueillir une assez grande quantité. Dans les deux analyses, M. Buquet obtint la réaction *caractéristique* du brome.

Six ou huit heures après la mort, j'ai pu exciser trois des éléments morbides. Je n'insiste pas sur la description histologique, intéressante à plus d'un point de vue, que j'ai pu faire d'après mes coupes.

Je note seulement l'énorme dilatation des capillaires péri-glandulaires, tant au niveau des follicules pilo-sébacés que des glomérules et des conduits excréteurs sudoripares.

En résumé, je crois pouvoir conclure :

1° Les accidents *graves* de bromisme cutané ne s'observent pas seulement, comme le disent les auteurs, après *l'usage prolongé et l'abus* du bromure de potassium ;

2° Au point de vue histologique, il s'agit de péri-adénites sébacées et sudoripares ;

3° La cause première de ces lésions est bien réellement l'élimination du médicament par les glandes des deux ordres. C'était là la conclusion des recherches et des expériences de Guttmann. Mais il existait de nombreuses affirmations contradictoires (Veiel, etc.).

Discussion.

M. Hardy : J'ai vu un cas très analogue à celui que vient de rapporter M. Jacquet : des accidents cutanés, très sérieux, survinrent au bout de quatre ou cinq jours d'administration de bromure de potassium à la dose quotidienne de 2 grammes.

M. Neumann : Ce ne sont généralement pas, en effet, les grandes doses qui amènent ces effets.

M. Kaposi : Permettez-moi de vous signaler, à propos de ces cas de bromisme cutané, l'observation d'un enfant de *deux ou trois mois*, couvert d'une énorme éruption que je soupçonnais être médicamenteuse. La mère niait que son enfant prît aucun remède. Mais je finis par apprendre qu'elle prenait elle-même du bromure de potassium et *qu'elle allaitait son enfant.*

Notes sur la formation du pigment chez le nègre,

par M. le Dr Morison (de Baltimore).

Dans la ville de Baltimore, que j'habite, la proportion des habitants de race nègre est très grande, comparée avec celle des habitants de race blanche. Sur le nombre des malades qui se présentent aux hôpitaux, vingt-cinq pour cent sont de race nègre.

En général, le nègre est d'un caractère heureux et facile, sans souci du passé, du présent et de l'avenir; les notions de morale qu'il possède sont vagues. Il mange et boit avec voracité; et ses passions animales une fois éveillées ne connaissent pas de bornes. L'entourage dans lequel il vit, qu'il soit sain ou malpropre, lui paraît être d'une indifférence complète.

En Amérique, nous expliquons cet état de choses par l'affranchissement soudain de l'esclavage de cette race entière, affranchissement qui força tout un peuple, auquel certains soins exceptionnels avaient toujours été prodigués, à se subvenir à lui-même et cela sans préparation aucune.

La condition dans laquelle se trouve la r ace nègre depuis notre guerre civile est devenue une question sérieuse, non seulement pour les médecins, mais aussi pour les philanthropes et les savants. Par suite de la misère où ils furent jetés, des maladies se sont manifestées chez eux qui jusqu'alors étaient restées presque inconnues, ou qui du moins n'avaient reçu auparavant une attention toute particulière que dans les plantations. A ceux qui étaient malades, n'étant pas capables de travailler et par conséquent ne pouvant pas être vendus, un local particulier était assigné, et ils étaient habillés et nourris avec les soins nécessaires à leur santé.

Ils habitent maintenant, pour la plupart, dans des rues étroites et détournées, des familles entières dans une seule chambre, les uns sur les autres pour ainsi dire ; il n'est donc pas étonnant qu'ils soient attaqués par des maladies de peau produites par le manque d'hygiène et la mauvaise nourriture.

Histologiquement, la peau des sujets de race noire est plus rude et plus épaisse que celle de l'homme de race blanche.

Les tissus dont elle est composée sont plus compacts, les glandes plus grosses, ainsi que les nerfs et les vaisseaux qui s'étendent dans la couche papillaire.

L'épiderme est plus épais, et la couleur en est d'un jaune pâle, ce qui

ajoute tant soit peu à la couleur générale de la peau. Le pigment qui se trouve dans la couche profonde de l'épiderme détermine la couleur de la peau, pas tant par sa quantité que par l'intensité de sa nuance.

Par exemple, chez un homme d'un noir pur, le pigment est noir foncé, tandis que, chez le mulâtre, la couleur des granules est plus claire, quoique s'y trouvant dans la même quantité. Il y a moins de fibres élastiques et plus de tissu adipeux sous-cutané dans la peau d'un nègre que dans celle d'un blanc, et les nerfs, quoique plus gros, sont cependant moins sensibles.

Dans certaines maladies, telles que le vitiligo et le leucoderma, la disparition du pigment est souvent rapide et étendue, et a pour résultat, dans certains cas, que l'homme noir devient presque entièrement blanc. Dans les maladies accompagnées d'une augmentation de pigment chez l'homme blanc, il n'y a pas de changement chez le noir ou bien il y a perte de pigment.

Par exemple, dans l'eczéma qui s'accompagne de beaucoup de démangeaisons, chez le blanc la quantité du pigment est augmentée ; au contraire, chez le nègre, à l'endroit où l'épiderme a été attaqué, il se produit souvent un amoindrissement et quelquefois une disparition entière du pigment.

En général, quand des escarres commencent à se former chez le nègre, elles sont d'un blanc un peu jaunâtre et un peu mat, et absorbent graduellement la couleur des tissus dont elles sont entourées.

Je crois devoir vous rappeler que le nègre dont il s'agit dans cet article est le vrai nègre noir, pur sang, homme ou femme, et non pas cette portion de la race dont le sang est mêlé de tant pour cent de sang blanc.

Un autre exemple de maladie, qui se montre différemment chez le noir que chez le blanc, est celui du psoriasis. Cette maladie paraît rarement chez le nègre, et se guérit vite, laissant derrière elle des taches blanches qui souvent ne reprennent jamais leur couleur, donnant à supposer à première vue que cela pourrait être un cas de vitiligo. Dans la syphilide érythémateuse ou roséole, les macules à certains endroits de la peau ont une couleur blanchâtre et non pas rouge ou couleur cuivre comme chez le blanc. Les nœvi pigmentés ne sont pas rares chez le nègre, tandis que naturellement les marques « post wine » (taches de vin) ne sont pas visibles.

Comme je l'ai dit déjà, le pigment occupe la couche profonde de l'épiderme et, en état de bonne santé, ne pénètre pas plus haut. Quelquefois, cependant, les granules de pigment sont portés jusque dans et entre les cellules épidermiques, presque jusqu'à la couche superficielle.

Dans un cas d'« elephantiasis Arabum » où l'excision (1) de la tumeur fut faite, il fut prouvé, à l'aide du microscope, que le pigment avait quitté sa place normale et avait été porté, à travers les espaces lymphatiques, à une certaine distance dans les couches de l'épiderme. Il est facile pour nous de comprendre cet état de choses, parce que nous savons que l'effet de l'« elephantiasis Arabum » est de développer les glandes, vaisseaux et espaces lymphatiques. Il semblerait aussi qu'à mesure que le pigment est poussé, pour ainsi dire, à l'extérieur, il est remplacé par une nouvelle quantité de pigment ; donc, dans un cas de ce genre, il se trouve y avoir eu une augmentation de pigment, inoffensive peut-être en elle-même, mais qui pourrait, dans d'autres circonstances, causer une maladie maligne. Les voies de passage que prend le pigment et par lesquelles il s'étend sont probablement les vaisseaux et les espaces lymphatiques.

La formation supplémentaire du pigment dans ce cas spécial, formation égale à la quantité distribuée parmi les tissus de voisinage, donne à réfléchir. Dans tous les cas, il n'y avait aucune diminution du pigment à l'endroit de sa position normale.

J'arrive maintenant au sujet principal de mon étude, la question : quand la formation du pigment a-t-elle lieu chez le nègre ; à quel moment de sa vie, intra ou extra-utérine? Il est dit en général, par beaucoup d'auteurs, que les enfants de parents nègres sont blancs en naissant ; que leur peau ne possède pas de pigment. Même les savants l'affirment.

Kolliker (2) dit : « Le pigment de la membrane muqueuse est développé « après la naissance ; c'est le cas, dans les races de couleur aussi bien « que chez les Européens ; chez les premiers — les nègres — le bord des « ongles, l'auréole du mamelon et les organes génitaux changent de « couleur vers le troisième jour ; le cinquième et le sixième jour, la « couleur est répandue sur le corps entier. »

Cette citation de Kolliker donne à entendre que l'enfant nègre naît sans pigment et que ce n'est qu'au bout de cinq ou six jours que celui-ci apparaît graduellement. Cela veut dire qu'avec l'aide du microscope on ne trouve pas le pigment dans la peau du fœtus nègre.

Unna (3) dit : « Il est très désirable que des recherches complètes soient « faites sur l'origine du pigment physiologique de la peau, en partie « parce que nous ne possédons pas de base sûre pour l'appréciation du « pigment pathologique de la peau, et aussi en partie parce que l'origine « du pigment de la peau, comme dans l'histoire du développement des

(1) *Philadelphia Medical News*, 23 avril, 1887, par l'auteur.
(2) *Manual of human microscopic anatomy. Buchanan's translation*, page 94.
(3) *Ziemssen's* Handbuch. Hautkrankheiten. I Hälfte, 114.

« cheveux, est destinée, au point de vue ethnographique, à jouer « un rôle important. Car il est connu que les membres des races de « couleur ne possèdent pas de pigment en naissant, et une étude approfondie sur la manière et le moment de la pigmentation dans l'embryon « et le nouveau-né serait de grand service pour éclaircir les relations « qui existent entre les différentes races, d'un plus grand service que les « tentatives qui ont été faites pour arriver à des conclusions par l'étude « des cheveux et de la couleur des adultes. »

Dans ce passage, Unna nous fait comprendre clairement qu'il croit que le fœtus nègre et l'enfant nègre naît sans pigment, et que celui-ci ne paraît qu'après la naissance.

Dans une entrevue que j'ai eue avec l'auteur que je viens de citer, j'attirai son attention sur ses propres paroles. Il me répondit que les informations qu'il avait à ce sujet provenaient des lectures qu'il avait faites et non pas de recherches personnelles.

Il avait l'espoir que des recherches seraient faites par des personnes qui en auraient l'occasion et qui seraient à même de faire des observations sur la race nègre.

Lesser (1) dit : « Et je rappelle à ce sujet le fait bien connu que les enfants de la race nègre naissent aussi avec la peau entièrement « blanche, et le pigment qui leur appartient se développe pour la première fois dans les premiers jours de l'existence extra-utérine. »

Les citations que je viens de faire démontrent que les plus hautes autorités en histologie et en dermatologie s'accordent à croire que le nègre naît blanc.

J'eus le doute, cependant, que ces vues fussent exactes, et j'eus l'idée de faire des enquêtes à ce sujet parmi ceux de mes amis accoutumés à assister aux couches de négresses. Beaucoup d'entre eux me donnèrent des réponses peu satisfaisantes : ils n'avaient pas pensé à remarquer la couleur de l'enfant, sachant que la mère était noire. D'autres tournèrent en ridicule l'idée que les enfants nègres pussent être blancs, et ils m'assurèrent qu'au contraire les enfants étaient noirs dès le premier instant de leur naissance. D'autres avaient accouché des femmes blanches dont les enfants étaient noirs et elles avaient avoué que les pères étaient nègres; certain médecin d'une expérience très étendue prétendait que les enfants de nègres purs naissaient noirs comme de l'encre.

Le seul moyen d'arriver à une solution de cette question était l'emploi du microscope.

Mon suppléant au Johns Hopkins Hospital, le docteur Lord, avait

(1) *Ziems*. Sen's Handbuch. Hautkrankheiten. II. Hälfte.

assisté à l'accouchement d'un fœtus nègre, mort à l'âge de huit mois. Le père était très noir, et la mère l'était médiocrement. A certains endroits du bras de cet enfant, des fragments de la peau furent pris. Ceux-ci vous seront montrés sous le microscope aujourd'hui. Il s'y trouve des traces indubitables de granules de pigment logés dans la couche inférieure de l'épiderme. Ces granules peuvent être vus, même sans microscope.

Dans un autre cas signalé par le docteur Neale, des fragments du prépuce d'un enfant nègre mort dans l'utérus trente-six heures avant sa naissance, contenaient un pigment visible avec l'aide du microscope. Le pigment n'était pas aussi distinct que dans le premier cas; les parents de ce dernier enfant n'étaient pas des nègres purs, mais des mulâtres. D'après les résultats de ces recherches, il m'est permis d'affirmer que les enfants de nègres purs ne naissent pas sans pigment, quoi qu'il en paraisse à l'œil nu.

Le pigment, en réalité, se trouve dans leur peau, mais les causes qui l'empêchent d'être vu sont probablement la congestion générale de la peau à la suite du lavage du *vernix caseosa*, ou la finesse de l'épiderme qui permet aux vaisseaux papillaires d'être distinctement aperçus.

En conclusion, les enfants nègres non seulement ne naissent pas blancs, mais ne deviennent pas noirs tout d'un coup. Le pigment existe dans la peau au moins un mois avant la naissance et peut être distinctement vu même à l'œil nu, comme il l'a été prouvé par ces derniers exemples.

L'étude du pigment à l'état normal chez l'embryon nègre sera dans l'avenir un but de recherches sérieuses, lesquelles seront, selon Unna, d'une grande ressource pour l'étude pathologique.

Ces recherches devront être faites sans s'arrêter à la notion, jusqu'ici reçue, que les enfants nègres naissent blancs.

VI. — Leucoplasie buccale avec état papillomateux de la langue et début de dégénérescence épithéliale. — Décortication de la langue par le thermocautère, guérison, pas de récidive deux ans après l'opération,

par M. le Dr L. Perrin, de Marseille.

Étude histologique, par M. le Dr Marfan.

L'étude de la leucoplasie buccale est actuellement à l'ordre du jour. Dans le cas que nous avons l'honneur de rapporter ici, l'intérêt nous a paru résider dans la forme objective spéciale de l'affection, dans l'intervention opératoire et ses résultats, enfin et surtout dans l'examen histologique. Les lésions histologiques de la leucoplasie buccale, récemment étudiées par M. Leloir, présentent encore plus d'un point obscur. Ce n'est que par des examens microscopiques multiples que l'on arrivera à connaître à fond cette curieuse lésion.

Obs. — M. X..., courtier d'assurances, âgé de quarante-quatre ans, vient me consulter au mois d'octobre 1887, pour une affection de la langue qui date de plusieurs années.

Dans les antécédents héréditaires du malade, il n'y a rien à noter du côté de la mère, qui est encore vivante et bien portante; le père avait eu un rhumatisme articulaire aigu; à soixante-douze ans, il serait mort d'inanition à la suite d'une gastrite dont il souffrait depuis plusieurs mois.

Le malade est grand, vigoureux et jouit habituellement d'une bonne santé. Comme antécédents morbides, il a eu la syphilis à l'âge de vingt ans; il a été soigné par M. Ricord. La syphilis a été bénigne, mais il a eu pendant deux ans des syphilides buccales, qui ont été fort tenaces et qui ont été traitées localement par des cautérisations répétées de nitrate d'argent, à l'intérieur par les préparations mercurielles.

En 1870, pendant la guerre, le malade a souffert à plusieurs reprises de douleurs subaiguës dans les genoux.

Enfin, depuis cette époque, il a fait des abus de tabac et d'alcool (il fumait la pipe, de nombreuses cigarettes, des cigares; pour la pipe, il ne consommait pas moins de 50 grammes de tabac par jour). C'est depuis lors qu'il a remarqué l'apparition, sur la face interne des joues, des lèvres et sur la face dorsale de la langue, des plaques blanches.

Malgré ces lésions, il a continué à fumer et à boire de l'alcool, des liqueurs, de l'absinthe.

Sa santé n'a pas été altérée par ces abus, le malade menant une vie très active.

La langue est devenue douloureuse, fissurée depuis un an; il mange difficilement, ne fume presque plus, mais continue l'usage des boissons alcooliques, quoique en moins grande quantité.

Quand nous voyons le malade pour la première fois, en octobre 1887, nous le trouvons dans l'état suivant.

Toute la face dorsale de la langue jusqu'au V lingual est recouverte de plaques blanches, épaisses, saillantes, papilliformes, cornées en plusieurs points et traversées par de nombreux sillons.

De chaque côté de la pointe, existent seulement deux surfaces saines dans une étendue de 2 centimètres. Mais en arrière de ce point, à droite, le long du bord, empiétant sur la face dorsale d'un travers de doigt, se trouve une masse de 1 centimètre carré d'étendue, hérissée de nombreuses saillies acuminées, coniques, cornées; cette masse adhère seulement par sa partie centrale à la langue, de telle sorte qu'elle paraît légèrement pédiculée. Sur le bord gauche, se trouve une plaque semblable, mais adhérente dans toute son étendue à la face dorsale de la langue.

En arrière de ces masses antérieures papillomateuses, et à deux travers de doigt de la pointe de la langue, existe sur le bord droit une surface saillante formant une induration noueuse, ayant l'étendue d'une pièce de deux francs. A ce niveau, les saillies sont plus petites, papilliformes et moins rudes au toucher, mais la sensibilité est plus vive au contact et s'exaspère à la pression.

Outre ces plaques bien limitées, existent sur la partie médiane de nombreux sillons dirigés en divers sens, mais la plupart antéro-postérieurs, profonds, limités par des bords saillants, tranchants, durs, cornés, de coloration blanc grisâtre. Sur la partie gauche, ces sillons sont moins accentués, dirigés en divers sens, et séparent de petites végétations, sortes d'excroissances filiformes, dures, qui ressemblent à de petites franges rugueuses; les sillons sont tapissés d'épithélium nacré.

En somme, toute la face dorsale de la langue est comme enveloppée d'une carapace blanchâtre présentant, aux trois points que nous avons signalés, des plaques végétantes, rudes au toucher, comme les papilles de la langue d'un chat. La plaque postérieure forme une véritable nodosité.

Depuis le mois de février 1887, c'est-à-dire depuis neuf mois, le malade accuse une douleur localisée d'abord au niveau de la tempe droite, à 2 centimètres de l'œil, puis le point douloureux a été ressenti un peu plus bas au niveau du malaire, enfin maintenant au niveau de l'articulation temporo-maxillaire et dans la région de l'oreille, en arrière du pavillon. Ces douleurs apparaissent la nuit, le plus souvent dans la deuxième partie de la nuit; à partir de minuit, le malade ne peut absolument pas dormir. Le matin, ces douleurs disparaissent.

Les troubles fonctionnels sont assez marqués: la langue est raide, maladroite; les mouvements en sont gênés. La phonation, la mastication, mais surtout la déglutition, sont difficiles et douloureuses. Enfin, depuis deux ou trois mois, la salivation est assez abondante.

Comme autres lésions, on constate sur la face inférieure de la langue que les veines sont dilatées et ont un aspect variqueux. Sur les joues et les lèvres, à leur partie interne, existent, sous forme de simples traînées ou de bandes, des surfaces leucoplasiques peu épaisses. Les dents ne sont pas en mauvais état; il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire manifeste dans la région sous-maxillaire.

Le 30 octobre 1887, après avoir chloroformé le malade, nous enlevons facilement avec le thermocautère la plaque antérieure droite, qui est pédiculée; la

muqueuse sous-jacente est en même temps détruite par la cautérisation. Quant aux autres plaques, en nous servant toujours du thermocautère, nous les disséquons en allant profondément et en dépassant les limites du mal, surtout pour la surface indurée, au niveau de laquelle la couche musculaire est enlevée en partie. Sur tout le reste de la face dorsale de la langue, nous pratiquons une véritable décortication.

L'hémorragie est facilement arrêtée en laissant pendant quelques heures des pinces à forcipressure.

Les suites de l'opération furent des plus simples; à la chute de l'escarre, une surface bourgeonnante, cicatricielle, se montra rapidement.

Six semaines après l'opération, la langue était assez déformée : elle était étalée difficilement et incomplètement; elle paraissait comme arrondie, les bords étant attirés vers la face dorsale par la cicatrice souple et régulière. On voyait une ligne cicatricielle médiane et deux autres lignes antérieures partant de la première et formant en quelque sorte la lettre Y renversée.

Le résultat opératoire était excellent : depuis le jour de l'opération, le malade n'avait plus ressenti d'irradiations douloureuses dans la région de l'oreille; la phonation était à peine modifiée; quant à la mastication et à la déglutition, elles s'opéraient sans aucune difficulté. Quant au goût, il était obtus dans toute la surface cicatricielle.

J'ai revu le malade au mois de mai 1889, c'est-à-dire près de deux ans après l'opération qu'il a subie; il ne présentait aucune trace de récidive. Pourtant il s'est remis à fumer, quoique modérément. et ne se prive pas de mets irritants et de boissons alcooliques.

Remarques cliniques. — Nous insisterons, à propos de cette observation, sur les faits suivants :

Au point de vue étiologique, les facteurs principaux qui produisent ordinairement la leucoplasie buccale sont, dans notre cas, au complet : le malade est un fils d'arthritique, peut-être de cancéreux ; il est arthritique lui-même; c'est un ancien syphilitique qui a eu pendant deux ans des plaques muqueuses buccales traitées par les cautérisations répétées de nitrate d'argent. Cette sensibilité excessive des muqueuses, si particulière aux syphilitiques, a été facilement influencée le jour où le malade s'est adonné à l'usage des boissons alcooliques et a fait des excès de tabac. Ces causes irritantes n'ont pas tardé à amener l'apparition de plaques blanches qui, peu à peu, se sont étendues à toute la face dorsale de la langue et ont subi en plusieurs points la transformation papillomateuse et épithéliomateuse.

Cette dégénérescence a été constatée au microscope, ainsi qu'on va s'en assurer dans la relation qui suit. Au point de vue clinique, elle était très manifeste sur la large plaque indurée siégeant à la partie moyenne du bord droit. L'induration, la sensibilité, les irradiations douloureuses dans la région de l'oreille ne pouvaient laisser aucun doute.

Avant de nous décider à l'ablation de la langue dans sa moitié antérieure, nous avons cru devoir tenter, devant l'absence d'engorgement ganglionnaire, une opération moins radicale, une sorte de décortication de toute la face dorsale qui était affectée plus ou moins profondément. Au niveau des points suspects et de la région qui était le siège d'une induration noueuse, nous avons taillé largement dans les tissus, dépassant les limites du mal en profondeur et en surface. N'ayant pas perdu le malade de vue pendant deux ans, nous aurions agi plus radicalement, si un point de récidive s'était montré. Il n'en a rien été ; la cicatrice est restée absolument nette ; quant à cette cicatrice, si, dès les premiers temps, elle a déformé la langue, l'a rendue un peu globuleuse, s'étalant difficilement, les mouvements étaient faciles, le malade parlait bien et a pu continuer sa profession de courtier d'assurances.

II. *Étude histologique.* — Dans tous les fragments que nous avons examinés, on pouvait, *à l'œil nu*, distinguer des portions où la muqueuse linguale était nettement papillomateuse, tandis que, dans le voisinage, la muqueuse paraissait simplement augmentée d'épaisseur. Nos recherches ont porté sur ces deux ordres de lésions.

Tous les fragments que nous avons examinés ont été durcis dans l'alcool absolu, coupés en minces tranches, et colorés avec divers réactifs, mais surtout avec le picro-carminate d'ammoniaque. La plupart des fragments présentaient à la fois les deux ordres de lésions signalées plus haut, en sorte qu'il était possible de les étudier toutes les deux sur une même coupe.

Nous avons eu constamment sous les yeux des coupes de langue normale ou enflammée (fièvre typhoïde) qui nous ont servi de terme de comparaison.

A. *Étude des portions qui n'ont pas, à l'œil nu, l'apparence papillomateuse.*

Sur une coupe colorée au picrocarmin et examinée à un faible grossissement, un caractère nous frappe tout d'abord : c'est que si, à l'œil nu, il n'y a pas d'apparence papillomateuse, en réalité ces papilles normales de la langue sont hypertrophiées.

On constate aussi, à un faible grossissement, que l'épithélium est presque triplé d'épaisseur.

Examinons maintenant avec un plus fort grossissement et étudions séparément les diverses couches de la muqueuse altérée.

A l'état normal, dit M. Ranvier, l'épithélium lingual forme trois couches : une couche profonde, identique au stratum malpighien de la peau; une couche moyenne, dans laquelle les cellules sont légèrement aplaties, dépourvues de dentelures et colorées uniformément en rouge, bien qu'on n'y distingue pas de grains ou de gouttes d'éléidine, sauf sur certaines papilles voisines du V lingual; une couche superficielle, formée de cellules lamellaires toujours nuclées et colorées en jaune par le picrocarmin. Ces deux dernières couches, on le voit, ne sont pas tout à fait assimilables au stratum granulosum et au stratum corneum de la peau. Cependant, pour la commodité du langage, nous nous servirons, comme M. Leloir l'a fait dans un mémoire récent, de l'expres-

sion stratum corneum pour désigner la couche lamelleuse superficielle, et de l'expression stratum granulosum pour désigner la couche moyenne.

Dans nos coupes, le stratum corneum est très épaissi : il est au moins quatre fois plus haut que le stratum corneum d'une langue normale. La coloration générale donnée par le picrocarmin est jaune, mais ce fond jaune est abondamment maculé de rouge sous forme de stries ou de taches. Il est formé de cellules qui sont presque toutes nucléées et dont le protoplasma se colore ordinairement en jaune, sauf en certains points, où il est teinté en rose. Les stries et les taches rouges, qui sont très abondantes, nous paraissent être de l'éléidine : celle-ci affecte parfois la forme de grains situés dans le protoplasma des cellules, mais elle semble surtout former un véritable réseau autour de certaines cellules; parfois, mais rarement, elle forme une flaque intercellulaire. Ces détails sont surtout bien visibles avec un objectif à immersion et l'éclairage Abbé. En résumé, du côté de ce stratum corneum, les caractères morbides seraient son épaisissement, et la présence en abondance d'une matière qui se colore en rouge vif par le picrocarmin, analogue ou identique à l'éléidine. La seule présence de cette matière ne suffirait pas pour constituer un caractère morbide. En effet, à l'état normal, la langue humaine peut présenter dans le stratum corneum des taches rouges : c'est ce qui résulte de l'examen de certaines préparations que notre maître M. le professeur Cornil a bien voulu nous montrer. Mais son abondance doit être considérée comme un effet du processus morbide.

Le stratum granulosum est aussi hypertrophié : au lieu de une à deux couches cellulaires, comme à l'état normal, on en compte trois ou quatre au niveau des saillies papillaires, et six ou sept au niveau des espaces interpapillaires. Cette dernière particularité explique pourquoi le stratum granulosum présente dans nos coupes l'aspect d'une bande rouge festonnée inférieurement, chaque feston faisant saillie au niveau d'un espace interpapillaire. Le stratum granulosum est formé de cellules possédant un noyau très net, aplaties légèrement, et dont le protoplasma est fortement coloré en rouge. Avec l'objectif à immersion, la masse rouge se résout en grains, et il semble bien certain qu'il s'agit là d'éléidine identique à celle de l'épiderme.

Le stratum malpighien est un peu épaissi. Nous avons déjà dit que les papilles étaient hypertrophiées : c'est là un caractère important, car c'est l'inverse qui s'observerait, d'après Debove, Vidal et Leloir, dans la leucoplasie au début; ces auteurs insistent sur ce fait que, dans ce cas, les papilles linguales s'aplatissent et ressemblent à celles de la peau.

Nous n'avons pas trouvé dans l'épithélium de dilatation des cellules par dilatation du nucléole, ni d'altération cavitaire. Nulle part nous n'avons vu de globes épidermiques.

L'épithélium ne renferme pas de cellules migratrices. Enfin, surtout dans le corps muqueux, nous avons pu constater plusieurs cellules en karyomitose.

Le derme est infiltré, d'une manière diffuse mais un peu inégale, par des cellules embryonnaires. La limite qui le sépare de l'épithélium est restée très nette partout. Dans les papilles et dans le chorion, on voit des vaisseaux nombreux et dilatés par une paroi normale.

Les fibres musculaires ont une striation très peu marquée : elles présentent même par place un état vitreux, ce qui tient probablement à l'action du thermocautère.

En résumé, il y a ici une *inflammation de la muqueuse qui se traduit par l'infiltration embryonnaire du derme, la prolifération de l'épithélium et par une déviation du processus normal de kératinisation : l'éléidine, qui, d'après Ranvier, ferait défaut à l'état normal, apparaît en abondance; mais il semble qu'elle soit incapable d'aboutir à la kératinisation vraie, puisqu'on la retrouve sous forme d'éléidine jusque dans la couche superficielle.*

B. *Étude des parties qui présentaient, à l'œil nu, une apparence papillomateuse très accusée.*

A l'œil nu, dans ces portions, l'apparence papillomateuse était très nette, très accusée, très régulière. Au microscope, on ne retrouve plus la même régularité ; ce qui frappe surtout, c'est l'aspect de végétation luxuriante de l'épithélium. Cet épithélium prolifère en abondance et forme des villosités irrégulières, dont la plupart ne paraissent pas répondre à des papilles normales. La stratification des trois couches, qui était si nette dans les portions étudiées précédemment devient ici beaucoup moins régulière : telle couche, celle de Malpighi, par exemple, très épaisse par places, est très amincie en d'autres points ; il en est de même du stratum granulosum et du stratum corneum. Mais ce qui rend la stratification d'apparence encore plus irrégulière, c'est l'irrégularité des dépôts d'éléidine : en certains points, l'éléidine existe dans les couches superficielles du stratum corneum ; elle est absente dans la couche immédiatement sous-jacente. C'est ainsi qu'au sommet d'une papille nous trouvons une teinte rouge, due à l'éléidine, et qu'au-dessus nous trouvons une zone colorée en jaune. Ailleurs, on aperçoit une masse jaunâtre entourée d'un cercle complet de cellules à éléidine, et, à côté, une masse de cellules rouges à éléidine entourée d'une bande jaune : c'est ce dernier aspect qui se retrouve le plus fréquemment. Ces masses concentriques présentaient-elles cette apparence grâce à des accidents de coupe ? Nous l'ignorons, mais nous avions fait tous nos efforts pour que la coupe restât perpendiculaire à la surface.

Dans cet épithélium végétant, on aperçoit quelques globes épidermiques typiques, mais assez rares. En certains points, peu nombreux du reste, on voyait des cellules présentant des dilatations vésiculeuses. Si on cherche à se rendre un compte exact de ce que sont devenues les diverses couches dans les portions d'apparence papillaire, voici ce qu'on arrive à constater. Le corps muqueux de Malpighi, plus ou moins épais, se reconnaît très bien partout : c'est dans son sein que se voient surtout les globes épidermiques. Les limites avec le derme sont marquées par une ligne assez nette. Mais il est assez facile de s'assurer que la prolifération épithéliale a franchi ses limites et a pénétré dans le derme : en effet, on voit en certains points du derme une masse épithéliale ronde, séparée de l'épithélium par une bande conjonctive. Il s'agit là de la coupe d'un bourgeon épithélial qui a pénétré dans le derme. Certaines de ces masses présentent un globe épidermique. Au-dessus du stratum malpighien, il y a un stratum granulosum avec éléidine abondante, formant une traînée continue, mais irrégulière, et envoyant dans le haut des prolongements formant des cercles entourés de bandes jaunes. Le stratum corneum suit les accidents de la couche cornée; il forme une bande jaune, qui tantôt s'enfonce profondément dans ces couches sous-jacentes, qui parfois s'amincit peu à peu, qui, en d'autres points, entoure des saillies du stratum granulosum. Enfin, ici,

le stratum corneum est tout à fait semblable à celui de la peau : il forme une couche lamelleuse jaune où *les cellules ont perdu leur noyau.*

Les papilles du derme ne sont plus guère reconnaissables : elles sont, en effet, tellement pressées latéralement par la végétation épithéliale qu'elles sont réduites à l'état de fentes très minces.

Au-dessous, dans le chorion, on constate une infiltration abondante de cellules rondes. Les vaisseaux sont très dilatés ; les fibres musculaires ont encore perdu leur striation, probablement à cause de l'opération au thermocautère ; il n'y a pas de leucocytes émigrés dans la couche épithéliale.

En résumé, il est certain que, dans ces portions d'apparence papillomateuse, il y a déjà dégénérescence épithéliale. Les globes épidermiques, les bourgeons épithéliaux qui ont pénétré dans le derme en sont la preuve. Mais il semble, qu'on n'ait, en définitive, qu'une exagération du processus précédent : il y a ici aussi prolifération de l'épithélium et déviation du processus de kératinisation qui aboutit à la formation de globes épidermiques, d'une part, et à la formation d'un stratum corneum typique, d'autre part.

Discussion.

M. Leloir : Je rappelle que, dans l'histologie de la leucoplasie buccale, il faut distinguer les deux périodes que j'ai décrites dans mon mémoire des *Archives de physiologie*, en 1887.

Dans la première période, au niveau des plaques leucoplasiques, l'épiderme épaissi présente les caractères de la couche cornée de la peau ; au-dessous de cette couche cornée, l'on voit une couche granuleuse des plus accentuées. Ces lésions s'arrêtent brusquement au niveau où cessent les lignes blanches ; elles consistent, en définitive, en une hyperkératinisation de l'épiderme. Le corps de Malpighi rappelle celui d'une peau à épiderme corné épaissi. Le derme muqueux présente une infiltration de jeunes cellules qui paraissent être des cellules lymphatiques accumulées autour des vaisseaux.

Dans une deuxième période, la leucoplasie forme, à la face dorsale de la langue, une carapace blanchâtre sillonnée çà et là par des craquelures : ces craquelures limitent des surfaces polygonales, au niveau desquelles on constate une tendance à la desquamation épithéliale. Ces craquelures intéressent parfois une partie seulement du corps de Malpighi ou s'étendent jusqu'à la couche papillaire du derme. A leur niveau, les cellules de Malpighi prolifèrent ; d'autres subissent l'altération cavitaire ; en d'autres points, les cellules malpighiennes paraissent subir une dégénérescence colloïde ou granulo-graisseuse, et l'on constate une infiltration de cellules migratrices nombreuses ; autant de signes d'irritation et de dégénération. Dans ce cas, la couche granuleuse chargée d'éléidine s'atrophie et disparaît.

M. Schwimmer : Quoique je ne tienne en rien aux questions de priorité, je suis cependant obligé de rappeler que j'ai été le premier à décrire les lésions histologiques de la leucoplasie buccale. C'est seulement plus tard que M. Leloir, en traitant de cette question, fit des études nouvelles sur l'histologie de cette affection.

Je crois qu'il sera plus intéressant de s'occuper des traitements de cette maladie, qui, pour beaucoup de médecins, semble être toujours une maladie incurable. J'ai eu très souvent l'occasion de voir de tels cas, à la suite de la syphilis ou après l'abus du tabac chez les fumeurs et les chiqueurs. Aussi j'ai essayé un grand nombre de médicaments dans le but d'améliorer l'affection parvenue déjà à une période avancée. J'ai essayé l'acide chromique, l'acide salicylique, l'iodoforme, l'acide lactique, tout avec des résultats inégaux, mais je dois déclarer que je conseille d'employer dans ces cas une médication que je puis appeler une médication négative, je veux dire qu'il ne faut pas irriter avec des caustiques la muqueuse malade. Parmi les médicaments que je viens de citer, je puis dire que l'iodoforme n'a aucune influence sur la leucoplasie ; il en est de même de l'acide lactique, mais l'acide salicylique, à la dose de 10 à 15 grammes, dissous dans 50 grammes d'alcool et 50 grammes d'eau distillée, produit une très notable amélioration. On ne peut cependant pas promettre une guérison complète par ce moyen.

Je saisis cette occasion pour mentionner un médicament que j'ai souvent employé pour calmer les douleurs qui sont quelquefois provoquées par les fissures et les crevasses de la muqueuse : c'est la papaïotine qui est, à ce point de vue, d'une efficacité constante, à la condition de se servir d'un produit véritablement pur. J'applique toujours une solution de 5 à 10 p. 100 (0 gr. 5 à 1 gramme par 5 grammes d'eau distillée et 5 grammes de glycérine). Quant à l'affection elle-même, la papaïotine n'a sur elle aucune influence. Dans les cas déjà très avancés avec épaississement de la muqueuse, le grattage avec la curette m'a donné aussi de bons effets, et je conseille de l'adopter si les autres moyens de traitement sont restés sans effet.

M. Leloir : Je ne conteste pas que M. Schwimmer ait fait le premier de la leucoplasie buccale une étude histologique très intéressante ; mais ma part, pour laquelle je réclame la priorité, a consisté dans l'application à l'histologie de la leucoplasie des théories de M. Ranvier sur l'éléidine et d'avoir montré, ce qui n'avait jamais été fait, qu'il faut distinguer dans la leucoplasie deux périodes : 1° la muqueuse se transforme en peau pour ainsi dire. Il existe une couche granuleuse épaisse à l'éléidine abondante ; la muqueuse est en quelque sorte hyperkératinisée : ainsi se

forment les plaques blanches ; 2° on voit se former autour des plaques des fissures et des exulcérations résultant de la chute partielle de celles-ci : à partir de ce moment, l'inflammation consécutive survenant autour des fissures amène de la dékératinisation caractérisée par la disparition de la couche granuleuse et de l'éléidine, la chute consécutive des plaques, les exulcérations et les ulcérations. J'ai ainsi fourni la seule base acceptable de l'explication de l'hyperkératinisation et de la dékératinisation et la seule démonstration qui en ait été faite. Quant à la papaïotine, que M. Schwimmer préconise, je suis prêt à reconnaître ses bons effets. D'une façon générale, d'ailleurs, le traitement doit avoir pour but principal dans certains cas, au début, d'empêcher l'hyperkératinisation de la muqueuse.

M. de Watraszewski : Tous les médicaments et tous les modes de traitement qui ont été employés contre la leucoplasie buccale, dès qu'ils sont des irritants, sont susceptibles, il est vrai, de produire une amélioration passagère, mais ils provoquent une inflammation plus considérable et ont pour conséquence ultérieure une aggravation de la maladie. J'ai employé, pendant un certain temps, la cocaïne et l'opium pour calmer les douleurs. Dans les derniers temps, j'ai remplacé tous les moyens de traitement par les applications d'une solution de bichromate de potasse qui m'a donné les meilleurs résultats. La solution la plus concentrée que j'aie employée est la solution au dixième. Cette solution est trop concentrée pour être employée au début du traitement, à cause des douleurs qu'elle produit ; aussi je commence par faire usage d'une solution moins concentrée, d'abord d'une solution au cinquantième, et j'arrive ensuite progressivement à des solutions au vingt-cinquième, etc. Le bichromate de potasse diminue l'hyperémie et l'inflammation, et produit la guérison en donnant plus de résistance aux tissus, de la même façon qu'il agit en histologie sur les tissus soumis à son action.

Voici les résultats que j'ai obtenus de l'emploi du bichromate de potasse dans la leucoplasie : les lésions arrivent à ce que l'on peut appeler la troisième période de la maladie ; il se forme une cicatrice absolument lisse, souple, hyperémique. Cette cicatrice conserve toujours une tendance à s'exulcérer de nouveau, à la suite de l'emploi du tabac et de l'ingestion de liquides alcooliques ou de mets épicés ; il se produit alors sur les plaques cicatricielles de petites érosions très douloureuses, quelquefois assez persistantes, mais n'ayant rien de commun avec le processus de la leucoplasie proprement dite.

VII. Traitement des brûlures par l'iodoforme,

par M. le Dr E. Schiff (de Vienne).

J'ai l'honneur de prendre la parole devant vous pour signaler à la plus sérieuse attention du public médical et de mes honorables collègues dermatologues en particulier, un grand progrès réalisé dans le domaine thérapeutique sous le rapport du traitement des brûlures. Ce progrès est contesté par quelques-uns pour des raisons secondaires. D'autres affectent tout simplement de l'ignorer, parce qu'ils trouvent plus commode de suivre les sentiers battus, ce qui dispense de réfléchir, en faisant usage du *linimentum calcis* (liniment oléo-calcaire). J'entends parler, vous l'avez compris, du traitement par l'*iodoforme*, qu'a inauguré M. le professeur de Mosetig-Moorhof pour guérir les brûlures.

Il est au moins étonnant que la grande majorité des dermatologues, appelée cependant en première ligne à diriger l'opinion publique en cette matière, n'ait pas encore étudié la question de plus près. Devons-nous croire qu'il y a là, au fond, une jalousie des spécialistes? Le nombre des remèdes dont nous pouvons disposer pour guérir les brûlures n'est cependant pas si considérable qu'il nous soit permis de repousser purement et simplement la nouvelle découverte qu'on nous présente. La plupart des liniments employés n'agissent ni de façon antiseptique, ni de façon analgésique; ils se décomposent et irritent la peau dans les endroits brûlés. Il n'y a pas non plus un seul médecin qui soit entièrement satisfait des résultats du traitement actuel. Dans la plupart des cas un peu graves, il ne produit absolument aucun effet, à l'exception du bain continu qui calme les douleurs, moyen imaginé par notre illustre maître, Hebra. Mais ce procédé n'est applicable que dans les grands hôpitaux : il l'est même difficilement dans certains d'entre eux. Qu'y a-t-il donc à faire en cas d'accidents collectifs ou dans les petites localités? Comment apaiser avec la promptitude désirable les douleurs violentes qui se produisent à la suite de brûlures? Nous répondons sans hésiter par l'emploi de l'iodoforme, et nous entrerons, si vous le permettez, dans quelques explications de nature à le démontrer. Disons seulement, avant de traiter la question à fond, que ce mode nouveau de traitement est le plus simple, le plus rapide, le plus facile à appliquer partout. La gaze iodoformée se trouve dans toutes les officines de pharmacies, nous dirons presque dans tous les ménages.

Mais le danger de l'intoxication? nous diront ceux qui entendent encore retentir à leurs oreilles les cris d'alarme poussés, il y a quelque

temps, par MM. Konig, Schede et autres. Sans doute, ce danger existe; mais seulement dans le cas où l'iodoforme est employé maladroitement, ce qu'on peut facilement éviter, comme nous le prouverons tout à l'heure. A Vienne, par exemple, l'iodoforme est employé à toutes les doses, dans toutes les cliniques chirurgicales, et jusqu'ici nous n'avons entendu aucune plainte comme nous n'avons eu à constater aucun cas de résorption. Nous nous en sommes servi pour traiter de nombreuses brûlures et il n'est survenu aucun cas d'empoisonnement.

Le traitement des brûlures est une question d'un grand intérêt théorique, qui a une importance égale au point de vue pratique. Les conséquences douloureuses qu'entraînent les brûlures semblent être en désaccord avec les altérations que subit la peau, avec les pertes visibles de substance. Il a fallu en chercher l'explication dans l'effet prolongé du mal, et il a été émis à cet égard diverses théories dont le grand nombre est la meilleure preuve de leur peu de valeur, bien que l'on ne puisse nier que plusieurs d'entre elles soient basées sur les incidents qui se produisent au début de toute maladie grave et contribuent parfois à en déterminer l'issue. Il faut ranger parmi ces incidents la perte abondante de sang, le choc nerveux effet des douleurs, les embolies résultant de l'affluence du sang dans les vaisseaux sanguins de la peau, et surtout dans l'infection septique qui menace de se produire aussitôt dans les parties du corps dépouillées de leur épiderme. Beaucoup de pathologistes voient précisément dans cette infection septique à l'état aigu la cause principale des influences délétères produites par les brûlures.

Pour le praticien, surtout, cette question a un intérêt spécial en raison de la fréquence relativement considérable des accidents qui nous occupent et qui rendent urgente l'intervention de la thérapeutique; celle-ci devra, avant tout, remplir deux conditions essentielles, savoir : soulagement des douleurs et antisepsie.

Depuis que M. le professeur de Mosetig a introduit l'iodoforme dans la pratique chirurgicale et a rendu ainsi à l'art de guérir un service inestimable, nous possédons un moyen d'action qui répond absolument aux deux exigences énoncées, c'est le pansement à l'iodoforme. Il y a deux ans déjà, le professeur de Mosetig-Moorhof avait appelé l'attention sur les effets analgésiques de l'iodoforme pour le traitement des brûlures (Wiener med. Presse, n° 384, année 1887), et s'appuyant sur son expérience personnelle en même temps que sur celle d'autres médecins, il avait indiqué le pansement à l'iodoforme comme le vrai moyen à employer pour guérir les brûlures.

D'autres observations sont venues constater aussi l'effet merveilleux de l'iodoforme appliqué aux brûlures; il a été démontré qu'il calme les

douleurs, apporte aux atroces souffrances des malheureux patients un prompt soulagement et facilite leur transport à l'hôpital. Ce serait à coup sûr se donner une peine superflue que de faire ressortir la valeur antiseptique de l'iodoforme, puisque tout le monde la connaît; mais il importe, au contraire, d'insister sur ce point qu'il constitue le véritable remède contre les brûlures. Si l'on réfléchit que le premier bandage iodoformé, pourvu qu'il soit bien appliqué, peut rester huit ou quinze jours sur la plaie, qu'il épargne ainsi au patient les intolérables tortures des changements de pansement, et qu'en outre l'effet si connu de l'iodoforme, en provoquant la granulation, non seulement contribue à une guérison rapide, mais supplée de façon suffisante à la perte de substance par la formation de petites excroissances charnues, lesquelles parent autant que possible aux dangers des cicatrices irrégulières susceptibles de rétraction douloureuse; si l'on réfléchit à tout cela, disons-nous, on peut affirmer avec assurance que le pansement à l'iodoforme répond de la manière la plus complète à toutes les exigences.

M. le professeur de Mosetig-Moorhof commence par faire disparaître les phlyctènes et par laver doucement la plaie avec un petit tampon imbibé d'une solution de 1/2 p. 100 de sel de cuisine; puis il applique sur la brûlure plusieurs couches de gaze iodoformée bien sèche qui forment une assise solide par suite de l'imprégnation de cette gaze avec l'éther iodoformé. Quand il est bien sûr que l'évaporation ne se fera pas et que le coton fortement empesé pour faciliter la sécrétion ne se dessèchera pas, il applique sur le tout une feuille de gutta-percha, puis du coton soigneusement dégraissé et enfin il consolide tout l'appareil, au moyen d'un bandage. Si la sécrétion traverse l'appareil, on change le coton, mais l'iodoforme, comme nous l'avons dit, ne doit être renouvelé qu'à la fin de la première ou même de la seconde semaine, ce qui constitue un bienfait inappréciable pour le patient. Quand le pus ne sort pas et qu'il se produit une fièvre septique, il faut naturellement lutter contre celle-ci et enlever les croûtes formées par les brûlures. M. de Mosetig-Moorhof conseille fort de ne pas employer des étoffes imperméables pour les bandages; c'est à son avis macérer inutilement les parties charnues qui entourent la plaie. Pour le visage, il recommande une pommade à la vaseline iodoformée dans la proportion de 1 à 20, puis un masque de gutta-percha. Cet appareil doit être renouvelé tous les jours.

M. de Mosetig démontre aussi que le danger d'intoxication, redouté de divers côtés, peut très facilement être écarté si l'on emploie l'iodoforme de façon rationnelle, même en ayant affaire à des brûlures assez étendues.

On ne doit pas appliquer la poudre d'iodoforme sur les parties suscep-

tibles de résorption, par exemple sur le derme à vif au-dessous des phlyctènes qu'on a fait disparaître ; il ne faut pas non plus l'appliquer sur les plaies lorsque la granulation est déjà en train de se produire. Dans ce cas, au contraire, ce qu'il faut, c'est une gaze très légère imprégnée d'éther iodoformé et qui ne laisse transpercer qu'une quantité minime d'iodoforme.

Les autorités médicales qui sont encore toujours ennemies du traitement par l'iodoforme et qui ne cessent de relever les dangers d'empoisonnement par cette substance, doivent me permettre de leur faire observer que précisément dans le cas où l'on avait constaté une élévation de température, le délire, le refus de nourriture, etc. — symptômes que les adversaires de ce traitement avaient interprétés comme ceux de l'empoisonnement par l'iodoforme — que précisément, dis-je, dans tous ces cas l'application de l'iodoforme ayant été continuée, les malades l'ont parfaitement supportée et les symptômes inquiétants décrits ont totalement disparu. Il en résulte que ces symptômes doivent être considérés comme symptômes d'une infection septique et nullement comme ceux de l'intoxication par l'iodoforme, qui d'ailleurs n'a guère été suffisamment étudiée jusqu'à présent.

Il est certainement du plus haut intérêt de résumer ici les résultats d'un ensemble de 109 cas dans lesquels les procédés thérapeutiques dont il s'agit ont trouvé leur application. Nous devons à l'obligeance de M. le professeur de Mosetig-Moorhof la communication des plus intéressants détails sur cette matière, et nous y joindrons les cas observés de blessures corrosives causées par les alcools chauds ou les acides, puis les brûlures ou échaudements provenant du gaz surchauffé. Tous ces cas ont beaucoup de points communs avec les brûlures dans le sens ordinaire du mot, aussi bien sous le rapport des effets généraux tels que l'élévation exagérée de température locale que sous celui des conséquences immédiates sur l'organisme.

C'est le plus souvent l'eau bouillante qui cause le genre d'accidents dont nous nous occupons. Sur l'ensemble des cas que nous avons pu étudier, elle se retrouve 17 fois, tandis que les autres causes se répartissent comme suit : explosions de pétrole 13 fois, explosions de gaz 12 fois, d'alcool 7 fois, de benzine 2 fois, de benzine et de ligroïne 8 fois, brûlures par la flamme 7 fois. Telles sont les causes les plus fréquentes de brûlures. Plus rares sont celles causées par la chute dans une cuve de stéarine en ébullition, qui n'apparaît qu'une fois ; par la chute dans un four à chaux, 3 fois ; par l'inflammation du bain dans la confection des allumettes, une fois.

Sur les 109 cas dont nous avons à parler, 82 consistaient en brûlures

du premier ou du second degré, les 27 autres en brûlures du troisième degré. Sur les 109 patients, 20 sont morts, soit à peu près 18.3 p. 100; les 89 autres, soit 87.7 p. 100, ont été guéris ou tout au moins renvoyés de l'hospice dans un état très satisfaisant. En présence de la diversité des degrés de gravité des brûlures résultant de leur intensité et de leur étendue, en présence de la difficulté d'apprécier les chances de guérison et la durée du traitement, l'on ne peut se faire par les chiffres ci-dessus qu'une idée très vague des résultats obtenus; il vaut mieux classer les divers cas en brûlures graves ou légères, en ayant soin de faire remarquer à l'avance que les cas insignifiants ne sont pas traités dans les hôpitaux.

On peut *à priori* classer parmi les cas graves ce que nous avons appelé brûlures du troisième degré. Sur les 27 cas de ce genre que nous avons relevés, il y a eu 9 morts, soit 33.4 p. 100; c'étaient, pour la plupart, des brûlures si épouvantables que dès le début on avait renoncé à tout espoir de guérison. Dans tous ces cas, la brûlure couvrait plus du tiers de la surface du corps; dans quelques-uns même, la totalité.

Relativement aux 11 patients qui ont pu être sauvés, il y a des particularités intéressantes que nous croyons devoir rapporter.

Félix D... (n° 11) admis à l'hôpital, le 25 octobre 1885, avait été échaudé par de l'eau bouillante. Il avait reçu sur le bras droit, et sur les jambes des brûlures du second et du troisième degré; 46 jours de traitement sont venus à bout du mal.

Marie A... (n° 7) entrée le 3 mai 1885, avait été brûlée par le pétrole enflammé à la poitrine, aux reins et aux extrémités supérieures. Au bout de 62 jours de soins, son état s'était tellement amélioré qu'on a pu l'envoyer à la campagne.

Caroline H... (n° 27) avait eu la poitrine, les reins, le visage et le cou brûlés du côté gauche, c'est-à-dire que plus du tiers de son corps était couvert de brûlures; le thorax et le bras gauche notamment portaient des brûlures du troisième degré. Elle a été complètement guérie en 101 jours.

Julie P... (n° 109) admise le 28 mai 1888, avait été brûlée par de l'eau bouillante au bras gauche; elle avait de plus des brûlures du troisième degré au thorax et à la cuisse. Or, au moment où nous avons consigné son cas, elle en était à son 375e jour de traitement et ses brûlures se trouvaient dans l'état que voici: celles du premier et du second degré étaient entièrement guéries, celles du troisième degré étaient en voie de cicatrisation et, pour les guérir, on avait déjà entrepris la transplantation de greffes cutanées.

En somme, de ces 27 cas graves, 18 ont été guéris, soit 66.6 p. 100.

La durée du traitement la plus courte a été de 8 jours, la plus longue de 375 jours, ce qui donne une moyenne de 75 jours. Il y a eu 9 cas de mort, comme nous l'avons mentionné plus haut, soit 33.4 p. 100.

Les chiffres ci-dessous ont trait à 82 cas de brûlures du premier et du second degré dont beaucoup, à cause de leur intensité, peuvent être rangées parmi les cas graves. Sur ces 82 malades, 71 ont été guéris, soit 86.5 p. 100; les autres sont morts, c'est-à-dire qu'il y a eu ici 13.5 p. 100 de décès. La durée du traitement la plus courte a été de 5 jours, la plus longue de 53 jours, ce qui fait une moyenne de 19.1.

Parmi les cas de mort, nous relevons : brûlures du second degré sur tout le corps par suite d'une chute dans une cuve pleine de stéarine en ébullition, Simon H..., 21 mars 1885 (n° 6), brûlures au bras droit, à la poitrine, au dos, au ventre et à l'avant-bras gauche. — Par suite d'une explosion de pétrole, Johanna N.., entrée le 19 mars 1888, décès le 14e jour après (n° 45). — Brûlures par la flamme sur presque tout le corps, Thérèse H... (n° 67). — Brûlures sur presque tout le corps, Barbara B..., Franciska G..., Marie S..., par suite d'une explosion de pétrole (nos 85, 86, 96). — Aloïsia R..., tombée dans un four à chaux, avortement le 5e jour, décès le sixième jour après le transfert à l'hôpital. — Vincent P..., cas tout spécial, 26 avril 1886, brûlures aux extrémités inférieures par suite d'une explosion de pétrole : une *amblyopie* s'est déclarée le 27e jour de la maladie, et l'examen à l'ophtalmoscope a démontré l'existence d'une névrite optique, *neuritis optica*, de l'œil gauche. La mort s'en est suivie deux jours après.

Il nous reste à citer d'autres cas de brûlures graves qui ont eu un cours favorable. Maria S..., 11 novembre 1887 (n° 16), brûlures du premier et du second degré au visage et aux deux extrémités supérieures, par suite d'une explosion de cyanure d'or, guérison après 14 jours de soins. — Catherine S..., tombée dans un four à chaux, brûlures du premier et du second degré aux extrémités inférieures et à la main gauche (9 août 1887, n° 24), guérison au bout de 47 jours de traitement. — Léon Ch..., 22 août 1887, brûlures du premier et du second degré à la cuisse gauche, à toute l'extrémité inférieure droite et au pénis, guérison obtenue en 33 jours (n° 37). — Otto H..., 20 septembre 1887, brûlé au front, aux deux paupières, aux deux cornées, à la main gauche et à la jambe droite du genou au pied, par suite de l'explosion d'un bain pour la confection des allumettes, a été guéri au bout de 30 jours (n° 35). — Paula G..., 17 avril 1888, brûlures par le feu aux extrémités supérieures, au ventre, aux cuisses et partiellement au dos, renvoi de l'hôpital 32 jours après l'accident dans un état aussi satisfaisant que possible (n° 51). — Louis S..., 18 août 1888, brûlures dans la région du ventre,

au pénis et au périnée causées par une explosion d'alcool ; guérison en 11 jours (n° 63). — Max. Z..., 5 novembre 1888, brûlures du second degré au visage, aux mains, à l'épaule gauche, aux reins ; guérison en 40 jours (n° 69). — Marie P..., 18 janvier 1886, brûlures aux bras, aux aux épaules, à la poitrine et, par derrière, à la naissance du cou ; cause de l'accident, projection de lait bouillant ; guérison en 50 jours (n° 70).

Tels sont les cas que nous avons pu grouper à l'intention de l'honorable assemblée. Nous pensons que tout le monde conviendra que les résultats obtenus par la méthode que nous venons d'avoir l'honneur d'exposer ont été des plus favorables sous le double rapport de l'issue et de la durée du traitement. Cette impression ne peut qu'augmenter lorsqu'on considère l'heureuse issue des accidents d'un degré de gravité moindre, qu'il nous est impossible de détailler ici.

Bien que nous restions impuissants contre les désordres produits dans l'organisme, l'*iodoforme* a pourtant donné, au point de vue de l'adoucissement des souffrances, quelque chose de plus et de mieux que les autres modes de traitement : ce quelque chose auquel nous nous voyons réduits en présence des cas désespérés, c'est... le soulagement apporté aux douleurs des patients.

(*Voir tableaux, pages suivantes.*)

STATISTIQUE

DES BRULURES TRAITÉES PAR L'IODOFORME

APPENDICE A LA COMMUNICATION DU Dr SCHIFF

NOM ET DATE	AGE	ÉTENDUE DE LA BRULURE	DEGRÉ de la BRULURE	GUÉRISON ou MORT	OBSERVATIONS CAUSES DE LA BRULURE
1) Anna B. 23 Mars 1883.	20 ans.	Brûlures dans la région sternale, larges de deux doigts des deux côtés du sternum.	2e degré.	Guérie au bout de 8 jours.	Eau de lessive bouillante.
2) Marie W. 29 Juillet 1883.	26 ans.	La peau brûlée sur toute la surface dorsale de l'avant-bras.	2e degré.	Guérie en 6 jours.	Brûlure causée par de l'eau chaude.
3) Joseph R. 11 Sept. 1883.	49 ans.	Côté gauche du cou, de la poitrine et des épaules.	1er degré; par places 2e degré.	Guéri en 16 jours.	Café bouillant.
4) Johann W. 28 Juillet 1884.	32 ans.	Le creux des deux mains.	2e degré.	Guéri en 9 jours.	Brûlure causée par de l'eau chaude.
5) Emma B. 16 Janvier 1885.	30 ans.	Le visage, les deux extrémités supérieures, le devant du thorax, et le devant des extrémités inférieures.	1er et 2e degré; au thorax, 3e degré.	Morte le 7e jour.	Brûlure de pétrole sur plus d'un tiers du corps.
6) Simon H. 21 Mars 1885.	55 ans.	Tout le corps.	2e degré.	Mort le 2e jour.	Tombé dans un tonneau de stéarine bouillante.
7) Marie A. 3 Mai 1885.	19 ans.	La poitrine, le dos, les extrémités supérieures.	1er, 2e et 3e degré.	Sortie de l'hôpital au bout de 62 jours.	Brûlures de pétrole. La blessée a été, sur sa demande, transportée à la campagne, pour y être mieux soignée. Morte en Roumanie quelques semaines après.
8) Charles N. 1er Juin 1885.	18 ans.	Le visage, les mains et quelques parties des extrémités inférieures.	1er, 2e et 3e degré.	Sorti de l'hôpital au bout de 25 jours.	Explosion de benzine.
9) Tekla S. 7 juin 1885.	30 ans.	Le visage et les extrémités supérieures.	1er, 2e et 3e degré.	Guérie au bout de 14 jours.	Transférée dans un autre hôpital, et guérie par le même traitement.
10) Olga S. 7 Juin 1885.	9 mois.	Le visage et les extrémités supérieures.	1er et 2e degré.	Guérie au bout de 14 jours.	Explosion d'essence de pétrole.
11) Félix D. 25 Octobre 1885.	27 ans.	L'extrémité droite supérieure et les deux extrémités inférieures du corps.	2e et 3e degré.	Guéri au bout de 46 jours.	Explosion d'essence de pétrole.
12) Caroline D. 24 Sept. 1885.	25 ans.	L'extrémité gauche supérieure du corps.	1er, 2e et 3e degré.	Guérie au bout de 108 jours.	Brûlure par l'eau chaude.
13) Thérèse B. 2 Janvier 1886.	42 ans.	Le visage, les deux extrémités supérieures, la poitrine, le ventre, les deux cuisses.	3e degré.	Morte le 3e jour.	Explosion de pétrole.
14) Marie S. 15 Sept. 1886.	36 ans.	Les deux extrémités supérieures, le ventre et la poitrine.	1er, 2e et 3e degré.	Morte le 10e jour.	Brûlures par la flamme. La blessée était alcoolique et montrait déjà, à son entrée à l'hospice, des désordres psychiques.
15) Suzanne L. 15 Sept. 1886.	23 ans.	Le côté gauche du cou et de la poitrine et l'avant-bras gauche.	3e degré.	Sortie de l'hôpital le 36e jour, en état d'amélioration.	Explosion de pétrole.
16) Maria S. 11 Sept. 1887.	23 ans.	Le visage et les deux extrémités supérieures.	1er et 2e degré.	Guérie en 14 jours.	Explosion de cyancali.
17) Josèphe T. 17 Mai 1887.	17 ans.	Les deux extrémités supérieures, le ventre, le dos et les extrémités inférieures.	1er, 2e et 3e degré.	Morte le 11e jour.	Café bouillant.

NOM ET DATE	AGE	ÉTENDUE DE LA BRULURE	DEGRÉ de la BRULURE	GUÉRISON ou MORT	OBSERVATIONS CAUSES DE LA BRULURE
18) Wilhelmine F. 12 Janvier 1887.	21 ans.	Le visage et les deux avant-bras.	2e degré.	Guérie en 32 jours.	Vitriol.
19) Maraline A. 23 Mars 1887.	18 ans.	La main droite (le dos et le creux de la main).	2e degré.	Guérie en 13 jours.	Eau bouillante.
20) Marie S. 3 Mai 1887.	23 ans.	L'avant-bras gauche; la cuisse gauche, les pieds et une petite partie de la poitrine.	1er degré.	Guérie en 18 jours.	Soupe bouillante.
21) Caroline K. 10 Avril 1887.	23 ans	La joue gauche et la main droite.	1er et 2e degré.	Guérie en 17 jours.	Graisse bouillante.
22) Maria S. 15 Mars 1887.	27 ans.	Le bras droit et la partie droite des reins.	1er, 2e et 3e degré.	Guérie en 39 jours.	Brûlure par les flammes.
23) Thérèse E. 15 Juin 1887.	22 ans.	La plus grande partie du torse et les 4 extrémités.	1er, 2e et 3e degré.	Morte le 2e jour.	Explosion de pétrole.
24) Catherine S. 9 Août 1887.	42 ans.	La main gauche et les deux extrémités.	1er et 2e degré.	Guérie en 47 jours.	Tombée dans un four à chaux.
25) Marie D. 25 Août 1887.	31 ans.	Tout le corps.	1er, 2e et 3e degré.	Morte le 1er jour.	Explosion d'une lampe à esprit de vin.
26) Charles L. 18 Déc. 1887.	24 ans.	Les deux mains.	2e degré.	Guéri en 11 jours.	Tombé dans un four à chaux.
27) Caroline K.	15 ans.	Le côté gauche de la poitrine et du dos, le visage, le cou et l'extrémité gauche supérieure.	1er 2e et 3e degré.	Guérie en 101 jours.	Un tiers du corps brûlé, toute la partie gauche du thorax et le bras gauche au 3e degré.
28) Franz S. 19 Janvier 1887.	29 ans.	La joue gauche et la main droite.	2e degré.	Guéri en 11 jours.	Eau bouillante.
29) Joseph N. 27 Juin 1887.	33 ans.	Le visage et les deux mains.	2e degré.	Guéri en 17 jours.	Explosion de gaz.
30) Joseph K. 13 Juin 1887.	30 ans.	Le visage et les deux mains.	2e degré.	Guéri en 17 jours.	Eau bouillante.
31) Jean K. 11 Juin 1887.	31 ans.	Le visage, les mains et les pieds.	2e degré.	Guéri en 31 jours.	Explosion de gaz dans une cheminée.
32) Henri M. 11 Juin 1887.	17 ans.	Le visage, les mains et les deux pieds.	1er et 2e degré.	Guéri en 27 jours.	Explosion de gaz dans une cheminée.
33) Franz G. 24 Août 1887.	36 ans.	Le visage et les deux mains.	1er et 2e degré.	Guéri en 14 jours.	Explosion de gaz.
34) Antoine K. 7 Juillet 1887.	15 ans.	Le tiers de la cuisse droite et la partie postérieure du pied droit.	1er degré.	Guéri en 23 jours.	Brûlé par les flammes.
35) Otto H. 20 Juillet 1887.	17 ans.	Le front, les deux paupières, les deux cornées, la main gauche, le pied droit et la jambe droite, depuis le genou jusqu'au talon.	1er et 2e degré.	Guéri en 30 jours.	Explosion d'une masse enflammée dans une fabrique d'allumettes.
36) Jean D. 17 Août 1887.	25 ans.	Les deux pieds.	2e degré.	Guéri en 13 jours.	Brûlé par les flammes.
37) Léon C. 22 Août 1887.	16 ans.	La jambe droite, la cuisse gauche et le pénis.	1er et 2e degré.	Guéri en 33 jours.	Alcool bouillant.
38) Antoine H. 16 Déc. 1887.	36 ans.	Les deux mains.	1er et 2e degré.	Guéri en 21 jours.	Tombé dans un four à chaux.
39) Franz P. 20 Janvier 1888.	20 ans.	La partie gauche du visage et les deux mains.	2e degré.	Guéri en 25 jours.	Laque bouillante.
40) Antoine M. 21 Janvier 1888.	28 ans.	Le visage et les deux mains.	1er et 2e degré.	Guéri en 28 jours.	Explosion de gaz.
41) Aloïse A. 3 Février 1888.	18 ans.	Les deux mains et les deux pieds.	1er et 2e degré.	Guérie en 22 jours.	Soupe bouillante.

NOM ET DATE	AGE	ÉTENDUE DE LA BRULURE	DEGRÉ de la BRULURE	GUÉRISON ou MORT	OBSERVATIONS CAUSES DE LA BRULURE
42) Françoise R. 9 Février 1888.	29 ans.	Le visage et l'avant-bras gauche.	2e degré.	Guérie en 10 jours.	Explosion de pétrole.
43) Marie V. 20 Février 1888.	23 ans.	La partie postérieure du pied droit.	2e degré.	Guérie en 13 jours.	Eau bouillante.
44) Franz R. 13 Mars 1888.	22 ans.	Les deux pieds.	1er degré.	Guérie en 12 jours.	Eau bouillante.
45) Jeanne N.	42 ans.	Le bras droit, la poitrine, les reins, le ventre et une partie de l'avant-bras.	2e degré.	Morte le 14e jour.	Explosion de pétrole.
46) Marie K. 26 Mars 1888.	19 ans.	Le pied droit.	1er degré.	Guérie le 11e jour.	Eau bouillante.
47) Jeanne A. 30 Mars 1888.	28 ans.	La partie postérieure du pied gauche.	1er degré.	Guérie le 8e jour.	Eau bouillante.
48) Antonie K. 8 Avril 1888.	78 ans.	La cuisse droite.	1er et 2e degré.	Sortie de l'hôpital le 22e jour.	Vapeur chaude.
49) Jacques S. 16 Avril 1888.	29 ans.	Le visage et les deux mains.	1er et 2e degré.	Guéri en 20 jours.	Explosion de gaz.
50) Emile P. 16 Avril 1888.	35 ans.	La peau du crâne, le visage, la poitrine, les deux mains.	1er et 2e degré.	Guéri en 32 jours.	Explosion de gaz.
51) Paula G. 17 Avril 1888.	15 ans.	Les deux extrémités supérieures, le ventre, les deux cuisses et une partie du dos.	2e degré.	Etat amélioré en 32 jours.	Brûlée par la flamme.
52) Franz H. 2 Mai 1888.	10 ans.	Les deux extrémités inférieures, et une partie du dos.	2e et 3e degré.	Guéri en 95 jours.	Tombé dans une fosse de chaux. Cicatrices très délicates.
53) Barbara Z. 4 Mai 1888.	14 ans.	Presque tout le corps.	2e et 3e degré.	Mort le 2e jour.	Alcool bouillant.
54) Charles F. 28 Mai 1888.	23 ans.	Les deux extrémités inférieures et le torse.	1er degré.	Guéri en 11 jours.	Eau bouillante.
55) Jeanne G. 1er Juin 1888.	22 ans.	La partie postérieure du pied gauche.	1er degré.	Guérie en 7 jours.	Eau bouillante.
56) Antoine R. 19 Juin 1888.	41 ans.	Le dos de la main droite et une partie du creux de la main.	2e degré.	Guéri en 11 jours.	Flamme de pétrole.
57) Léopold W. 23 Juin 1888.	52 ans.	Plaies étendues à toutes les extrémités et au ventre.	1er, 2e et 3e degré.	Guéri en 24 jours.	Explosion d'esprit de vin.
58) Elsa T. 27 Juin 1888.	38 ans.	Le pied droit.	2e degré.	Guérie en 21 jours.	Eau bouillante.
59) Anna S. 27 Juin 1888.	17 ans.	L'avant-bras droit.	2e degré.	Guérie en 8 jours.	Eau bouillante.
60) Séverin S. 1er Juillet 1888.	15 ans.	La région droite du ventre et la cuisse droite.	1er, 2e et 3e degré.	Guéri en 53 jours.	Explosion d'alcool.
61) Jean J. 4 Août 1888.	36 ans.	Les deux pieds.	2e degré.	Guéri en 24 jours.	Explosion de pétrole. Entré à l'hôpital quelques jours après la blessure.
62) Charles W. 8 Août 1888.	17 ans.	Le visage.	2e degré.	Guéri en 10 jours.	Explosion d'eau-forte.
63) Louis S. 18 Août 1885.	25 ans.	Région du ventre, le penis et le bas-ventre.	2e degré.	Guéri en 11 jours.	Explosion d'alcool.
64) Max S. 28 Août 1888.	20 ans.	Deux blessures à la tête, l'une de 15 centimètres, l'autre de 6.	3e degré.	Guéri en 8 jours.	Acide sulfurique ; le blessé a été traité à l'ambulance pendant 21 jours.
65) Marie R. 15 Sept. 1888.	48 ans.	Les deux mains.	2e et 3e degré.	Guérie en 14 jours.	Eau bouillante. N'est entrée à l'hôpital que huit jours après la blessure.

NOM ET DATE	AGE	ÉTENDUE DE LA BRULURE	DEGRÉ de la BRULURE	GUÉRISON ou MORT	OBSERVATIONS CAUSES DE LA BRULURE
66) Franz W. 15 Sept. 1888.	27 ans.	Le visage.	1er degré.	Guéri en 5 jours.	Explosion de gaz.
67) Thérèse K. 7 Octobre 1885.	25 ans.	Presque tout le corps.	1er et 2e degré.	Morte le 2e jour.	Brûlée par les flammes.
68) Jean S. 20 Octobre 1888.	35 ans.	Les deux mains et le visage.	2e degré.	Guéri en 31 jours.	Explosion de gaz.
69) Max L. 5 Nov. 1888.	49 ans.	Le visage, les deux mains, l'épaule gauche et les reins.	2e degré.	Guéri en 40 jours.	Explosion de benzine.
70) Marie P. 18 Janvier 1886.	20 ans.	Les avant-bras, les épaules, le dos, la poitrine.	1er et 2e degré.	Guérie en 50 jours.	Lait bouillant.
71) Marie B. 19 Janvier 1886.	23 ans.	Les deux joues, le front, les oreilles.	1er et 2e degré.	Guérie en 15 jours.	Explosion d'alcool.
72) Joseph S. 8 Avril 1886.	40 ans.	Les deux bras.	1er et 2e degré.	Guéri en 36 jours.	Explosion d'alcool.
73) Vincent P. 26 Avril 1886.	14 ans.	Les deux extrémités inférieures.	1er et 2e degré.	Mort le 29e jour.	Explosion de pétrole. Deux jours avant la mort, s'est déclaré amblyopie des deux yeux. L'examen ophtalmologique a révélé une *Neuritis optica* de l'œil gauche.
74) Kathi N. 4 Mai 1886.	36 ans.	Le bras droit, une partie du bras gauche, le ventre et les extrémités inférieures.	1er et 2e degré.	Morte le 21e jour.	Explosion de pétrole. Avant la mort, s'étaient produits des symptômes de collapsus.
75) Marie A. 7 Mai 1886.	27 ans.	La joue gauche, la région des tempes et les paupières.	1er, 2e et 3e degré.	Guérie en 123 jours.	Tombée sur un foyer brûlant.
76) Franz B. 2 Juin 1886.	24 ans.	La tête, le visage, les deux mains.	1er et 2e degré.	Guéri en 53 jours.	Explosion de gaz.
77) Marie M. 6 Juin 1886.	26 ans.	Le côté droit du cou et l'avant-bras droit.	2e degré.	Améliorée en 14 jours.	Explosion de pétrole.
78) Auguste R. 28 Juin 1886.	17 ans.	Le front, les joues, les deux mains.	1er et 2e degré.	Guéri en 20 jours.	Explosion de pétrole.
79) Marie P. 24 Juin 1886.	58 ans.	Les deux parties inférieures des cuisses et le talon.	1er degré.	Guérie en 10 jours.	Café bouillant.
80) Marie P. 30 Juillet 1886.	22 ans.	Le visage.	2e degré.	Guérie en 6 jours.	Graisse bouillante. Restée six jours sans traitement.
81) Marie M. 20 Août 1886.	69 ans.	La poitrine et les deux avant-bras.	1er et 2e degré.	Guérie en 41 jours.	Tombée sur un foyer brûlant.
82) Bertha S. 4 Sept. 1886.	17 ans.	Le visage, le torse et les quatre extrémités.	1er, 2e et 3e degré.	Morte le 3e jour.	Explosion de pétrole.
83) Edmond B. 27 Sept. 1886.	30 ans.	Toute l'extrémité inférieure gauche.	1er, 2e et 3e degré.	Guéri en 85 jours.	Tombé dans l'eau bouillante.
84) Antoine G. 26 Octobre 1886.	36 ans.	Le visage, une partie du cuir chevelu et les deux extrémités supérieures.	1er, 2e et 3e degré.	Guéri en 59 jours.	Explosion de gaz.
85) Barbara B. 3 Nov. 1888.	22 ans.	Tout le corps.	1er et 2e degré	Morte le 3e jour.	Explosion de pétrole.
86) Franziska G. 8 Nov. 1888.	55 ans.	Tout le corps.	1er et 2e degré.	Morte le 1er jour.	Explosion de pétrole.
87) Léopoldine H. 22 Déc. 1888.	18 ans.	La partie dorsale de l'avant-bras et le dos de la main.	2e degré.	Guérie en 31 jours.	Lessive bouillante.
88) Catherine K. 9 Mai 1889.	49 ans.	Le dos et le creux de la main droite.	2e degré.	Guérie en 21 jours.	Le feu d'un fourneau.
89) Anna M. 26 Janvier 1889.	21 ans.	L'avant-bras droit.	2e degré.	Guérie en 9 jours.	Café bouillant.

NOM ET DATE	AGE	ÉTENDUE DE LA BRULURE	DEGRÉ de la BRULURE	GUÉRISON ou MORT	OBSERVATIONS CAUSES DE LA BRULURE
90) Franz S. 17 Janvier 1889.	44 ans.	Blessures à l'épaule gauche, de la grandeur d'une main.	1er et 2e degré.	Guéri en 21 jours.	Blessé par un fourneau chaud.
91) Marie S. 9 Janvier 1889.	27 ans.	L'avant-bras droit.	2e degré.	Guérie en 9 jours.	Un fourneau chaud.
92) Antoine H. 12 Janvier 1889.	20 ans.	Toute la surface du corps.	1er et 3e degré.	Mort le 7e jour.	Explosion d'une chaudière.
93) Charles I. 12 Janvier 1889.	15 ans.	Depuis le milieu de la cuisse jusqu'aux doigts du pied.	2e et 3e degré.	Guéri en 80 jours.	Eau bouillante.
94) Léopoldine H. 4 Mars 1889.	25 ans.	La hanche gauche et la cuisse gauche.	1er et 2e degré.	Guérie en 8 jours.	Eau bouillante.
95) Charles S. 16 Mars 1889.	15 ans.	Le cou, la nuque, les reins.	1er et 2e degré.	Guéri en 7 jours.	Eau bouillante.
96) Max S. 23 Avril 1889.	22 ans.	Tout le corps.	2e degré.	Mort le 1er jour.	Explosion de pétrole.
97) Marie M. 24 Avril 1889.	21 ans.	Le visage et les deux avant-bras.	2e degré.	Guérie en 12 jours.	Eau bouillante.
98) Antoine S. 27 Mai 1889.	31 ans.	Le visage, le cou, la nuque, la poitrine, une partie du dos, les épaules, les bras et les cuisses.	1er et 2e degré.	Mort le 14e jour.	Explosion de benzine et de ligroïne.
99) Alexandrine H. 27 Mai 1889.	24 ans.	Le visage, le cou, la nuque, les reins, les bras et les avant-bras.	1er et 2e degré.	Morte le 9e jour.	Explosion de benzine et de ligroïne.
100) Charles M. 27 Mai 1889.	32 ans.	Le visage, le cou, les reins, la poitrine, les épaules, les bras et les deux cuisses.	1er et 2e degré.	Guéri en 54 jours.	Explosion de benzine et de ligroïne.
101) Ferdinande H. 27 Mai 1889.	27 ans.	Le visage, le cou, la nuque, la poitrine, les bras et les cuisses.	1er et 2e degré.	Guérie en 54 jours.	Explosion de benzine et de ligroïne.
102) Joseph H. 27 Mai 1889.	27 ans.	Le visage, le cou, l'avant-bras, les deux mains.	1er et 2e degré.	Guéri en 54 jours.	Explosion de benzine et de ligroïne.
103) Adolphe E. 27 Mai 1889.	30 ans.	La tête, le visage, le cou l'épaule droite, le haut des reins, les deux avant-bras, les mains.	1er et 2e degré.	Guéri en 54 jours.	Explosion de benzine et de ligroïne.
104) Franz T. 27 Mai 1889.	19 ans.	La tête, le visage, le cou, les deux mains, le bras droit.	1er et 2e degré.	Guéri en 54 jours.	Explosion de benzine et de ligroïne.
105) Robert F. 27 Mai 1889.	21 ans.	Le visage, le cou, les deux mains.	1er et 2e degré.	Guéri en 14 jours.	Explosion de benzine et de ligroïne.
106) Nathan B. 11 Mai 1889.	21 ans.	Le visage et les deux mains.	1er et 2e degré.	Guéri en 22 jours.	Explosion de gaz.
107) Aloisine R. 26 Mai 1889.	27 ans.	Tout le corps.	1er et 2e degré.	Morte le 6e jour.	Tombée dans une fosse à chaux. Elle a avorté le 5e jour.
108) Jeanne S. 14 Mai 1889.	24 ans.	Le talon droit et une partie du talon gauche.	1er et 2e degré.	Guérie en 26 jours.	Graisse bouillante.
109) Julie P. 28 Mai 1889.	16 ans.	Le bras gauche, la cuisse gauche, la partie gauche du thorax et la poitrine.	1er degré et 3e degré.	Etat amélioré en 379 jours.	Eau bouillante ; les endroits où il y avait des blessures du 1er et du 2e degré sont entièrement guéris, ceux où il y avait des blessures du 3e degré étaient en voie de lente mais constante cicatrisation. On a en plusieurs endroits entrepris des transplantations de couche de peau.

RÉSUMÉ

Brûlures du 1er et 2e degré.

Nos 1, 2, 3, 4, 6†, 10, 16, 18, 19, 20, 21, 24, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45†, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 55, 56, 58, 59, 61, 62, 63, 66, 67†, 68, 69, 70, 71, 72, 73†, 74†, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 85†, 86†, 87, 88, 89, 90, 91, 94, 95, 96†, 97, 98†, 99†, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107†, 108 = **82 cas.**

Guéris : 71 = 86,5 p. 100.

Durée du traitement : **minimum 5 jours ; maximum 53 jours, moyenne 19,1 jours.**

† **Morts : 11 = 13,5 p. 100.**

Brûlures du 3e degré.

Nos 5†, 7, 8, 9, 11, 12, 13†, 14†, 15, 17†, 22, 23†, 25, 27, 52, 53†, 57, 60, 64, 65, 75, 82†, 83, 44, 92†, 93†, 109 = **27 cas.**

	Nos	Nos	Nos	Nos
Guéri	7 après **62** jours,	8 ap. **25** j.,	9 ap. **14** j.,	11 ap. **46** j.,
	12 ap. **108** j.,	15 ap. **35** j.,	22 ap. **39** j.,	28 ap. **101** j.,
	52 ap. **95** j.,	57 ap. **24** j.,	60 ap. **53** j.,	64 ap. **85** j.,
	65 ap. **14** j.,	75 ap. **123** j.,	83 ap. **85** j.,	84 ap. **59** j.,
	93 ap. **80** j.,	109 ap. **375** j.,		

Guéris : 18 = 66,6 p. 100.

Durée du traitement : **minimum 8 jours ; maximum 375 jours ; moyenne 75,5 jours.**

† **Morts : 9 = 33,4 p. 100.**

Guérisons.

Nos	Nos	Nos	Nos
1 après **8** jours,	2 ap. **6** j.,	3 ap. **16** j.,	4 ap. **9** j.,
7* ap. **62** j.,	8* ap. **25** j.,	9* ap. **14** j.,	10 ap. **14** j.,
11* ap. **46** j.,	12* ap. **108** j.,	15 ap. **35** j.,	16 ap. **14** j.,
18 ap. **32** j.,	19 ap. **13** j.,	20 ap. **18** j.,	21 ap. **17** j.,
22* ap. **30** j.,	24 ap. **47** j.,	26 ap. **11** j.,	27* ap. **101** j.,
28 ap. **11** j.,	29 ap. **17** j.,	30 ap. **17** j.,	31 ap. **31** j.,
32 ap. **27** j.,	33 ap. **14** j.,	34 ap. **23** j.,	35 ap. **30** j.,
36 ap. **13** j.,	37 ap. **33** j.,	38 ap. **21** j.,	39 ap. **25** j.,
40 ap. **28** j.,	41 ap. **22** j.,	42 ap. **10** j.,	43 ap. **13** j.,
44 ap. **12** j.,	46 ap. **11** j.,	47 ap. **8** j.,	48 ap. **22** j.,
49 ap. **20** j.,	50 ap. **32** j.,	51 ap. **32** j.,	52* ap. **95** j.,
54 ap. **11** j.,	55 ap. **7** j.,	56 ap. **11** j.,	57* ap. **24** j.,

Nos	Nos	Nos	Nos
58 ap. **21** j.,	59 ap. **8** j.,	60* ap. **53** j.,	61 ap. **24** j.,
62 ap. **10** j.,	63 ap. **11** j.,	64* ap. **8** j.,	65 ap. **14** j.,
66 ap. **5** j.,	68 ap. **31** j.,	69 ap. **40** j.,	70 ap. **50** j.,
71 ap. **5** j.,	72 ap. **36** j.,	75* ap. **128** j.,	76 ap. **53** j.,
77 ap. **14** j.,	78 ap. **20** j.,	79 ap. **10** j.,	80 ap. **6** j.,
81 ap. **41** j.,	83* ap. **85** j.,	84* ap. **59** j.,	87 ap. **31** j.,
88 ap. **21** j.,	89 ap. **9** j.,	90 ap. **21** j.,	91 ap. **9** j.,
93* ap. **80** j.,	94 ap. **8** j.,	95 ap. **7** j.,	97 ap. **12** j.,

Nos 100, 101, 102, 103, 104, 101 ap. **54** j.,
N° 106 ap. **22** j.,
N° 108 ap. **26** j.,
N° 109* ap. **275** j. = **89 cas** = **81,7** p. **100.**
(Les brûlures du 3e degré sont marquées d'un*.)

Morts.

Nos 5*, 6, 13*, 14*, 17*, 23*, 25*, 45, 53*, 67, 73, 74, 82*, 85, 86, 92*, 96, 98, 99, 109 = **20** = **18**,**3** p. **100.**
11 du **1er** et **2e degré,**
9 du **3e degré.**
(Les brûlures du 3e degré sont marquées d'un*.)

Discussion.

M. Hans v. Hèbra : Il va sans dire que l'emploi de l'iodoforme est un grand progrès dans le traitement des brûlures. Mais quand les plaques sphacelées se sont détachées, il y a toujours une phase où l'iodoforme n'agit pas aussi rapidement qu'on le voudrait. A cette époque, j'ai trouvé que la résorcine agissait énergiquement pour provoquer le renouvellement de la couche épidermique sur les plaies, et en traitant comparativement, les unes avec l'iodoforme, les autres avec la résorcine, des plaies semblables qui occupaient les deux bras, on a pu constater que la néoformation de l'épiderme était beaucoup plus rapide du côté où la résorcine avait été employée. On fait usage d'une solution de 1 à 2 p. 100 dans de l'eau, qu'on applique à l'aide de compresses ou d'ouate recouverte d'une feuille de gutta-percha.

VIII. Herpès cataménial guéri par les injections sous-cutanées d'éther iodoformé,

par M. le professeur Verneuil (de Paris).

Note recueillie par M. Thiéry,

interne du service, prosecteur de la Faculté.

H. A..., dix-sept ans, assez jolie fille bien constituée et n'ayant jamais été sérieusement malade, vient, au printemps dernier, nous consulter à l'hôpital de la Pitié pour un herpès du cou revenant à chaque époque menstruelle.

Déjà, pendant l'enfance, quelques boutons s'étaient montrés dans la région mentonnière, mais à partir de l'établissement des règles, survenu à l'âge de treize ans, l'éruption avait fait de grands progrès surtout au retour du printemps.

A quinze ans, la malade est prise de chloro-anémie qui persiste encore, et depuis lors l'herpès revient très régulièrement tous les mois au moment même où le sang apparaît.

Voici ce que l'on constate le 5 mars, troisième jour de la période : à la région sus-hyoïdienne, plaque d'herpès type mesurant 6 centimètres dans le sens transversal sur 3 centimètres de haut en bas ; les vésicules sont nombreuses, serrées les unes contre les autres, plusieurs sont déjà remplies de sérosité trouble ou en voie de dessiccation. La peau voisine est tout à fait saine ; il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire.

Le prurit et la cuisson du début commencent à se dissiper. Au dire de la patiente, dans trois ou quatre jours tout sera fini, les croûtes seront tombées et la peau, redevenue souple, conservera seulement une légère teinte brunâtre. C'est ainsi que les choses se sont invariablement passées depuis deux ans, c'est-à-dire vingt-quatre fois de suite sans interruption.

Divers moyens ont été employés sans succès contre ce mal qui moleste singulièrement la jeune fille.

Ce fait qui n'offre rien de bien curieux au point de vue clinique, l'herpès cataménial étant bien connu, emprunte son intérêt à l'hypothèse étiologique qu'il fit naître dans notre esprit et à l'essai thérapeutique qui en fut la conséquence. La ténacité du mal, sa disparition spontanée et sa réapparition périodique sous l'influence d'un état extraphysiologique, périodique lui-même, toutes choses mal explicables à l'aide des notions pathogéniques anciennes, deviennent au contraire compréhensibles avec la théorie du microbisme latent et la comparaison avec une autre affection similaire reconnue microbienne, telle que l'érysipèle cataménial.

En admettant la nature parasitaire de l'herpès (encore mal établie, il est vrai), on concevrait que le microbe herpétique installé dans la peau y restât caché et infécond, tant que la composition du sang serait défavo-

rable à sa reviviscence et à sa prolification, mais que la crase sanguine, changeant avec la menstruation, le microbe susdit, retrouvant des conditions bonnes à sa nutrition, fit une apparition nouvelle passagère, sans doute, puisque tel est le caractère de la maladie, mais renouvelable tant que la graine resterait vivace et le terrain éventuellement fertile.

Cette conception étiologique conduisait à chercher la guérison dans deux voies ; il fallait modifier le terrain pour le rendre impropre à la culture ou tâcher de détruire la graine. Or, ne pouvant supprimer la menstruation ni changer la composition du sang qui lui correspond, il nous parut plus facile de poursuivre le second procédé, eu égard à la limitation et à la localisation du mal; en conséquence, et pour être plus sûr d'atteindre le microbe herpétique en quelque point du derme qu'il fût caché, nous résolûmes de faire dans le tissu cellulaire sous-jacent à la plaque d'herpès des injections parasiticides.

Le 8 mars, puis le 16, et enfin le 30, juste à la veille du retour des règles, M. Thiéry injecta sous la peau une demi-seringue de Pravaz d'éther iodoformé à 5 p. 100, en introduisant l'aiguille à la circonférence de la plaque herpétique et en la poussant jusque vers le milieu de sa face profonde.

La première injection, fort peu douloureuse, ne déterminant aucun accident, nous crûmes bon de faire les deux autres par prudence et sans savoir si elles étaient nécessaires. Or, à partir de ce moment jusqu'au 10 juillet où la malade se fit voir pour la dernière fois, les règles revinrent quatre fois, mais l'herpès fit absolument défaut, ce qui n'avait pas eu lieu depuis deux ans, aussi croyons-nous que la guérison sera radicale.

Il n'est point question de discuter ici les causes de l'herpès, mais il est permis de remarquer que le fait précédent plaide éloquemment en faveur de sa nature parasitaire ; en tout cas, il confirmerait bien plus encore la théorie du microbisme latent, qui gagne tous les jours du terrain en dépit de l'accueil plus que froid qui lui a été fait lors de son émission. Quelques mots maintenant sur le résultat des recherches de M. Thiéry. Le 5 mars, des cultures sur gélatine, en tubes et en plaques, furent faites avec la sérosité un peu louche que renfermaient les vésicules. On obtint ainsi des taches d'apparence cireuse rappelant celles que forme le staphylocoque blanc, et dans lesquelles se voyaient au microscope de nombreux micrococques disposés en groupes deux par deux. Rien ne représentait donc un micro-organisme spécial à l'herpès, mais seulement une variété de microbe pyogène en rapport avec l'aspect séro-purulent apparu déjà depuis trois jours.

Mon intention n'est pas d'examiner la valeur des divers moyens proposés contre l'herpès en général, ni contre la variété cataméniale en particulier. Je ne songe pas davantage à proposer pour tous les cas la

méthode des injections sous-cutanées, fort rarement employée jusqu'ici (1). Mon but est plus modeste. Ayant affaire à un cas rebelle, j'ai mis en œuvre un moyen exceptionnel, logique à la vérité ; j'ai réussi et je le fais savoir. L'avenir montrera si les injections d'éther iodoformé doivent être généralisées ou restreintes.

(1) M. Duparc, élève de M. le professeur Leloir, de Lille, note dans sa thèse sur *le traitement abortif de l'herpès par les solutions alcooliques* (Lille, 1889, pag. 20) que le Dr Doc, de Boston, a traité avec succès un zona avec trois injections de quinze gouttes de chloroforme.

II. Présentation de malades.

(Cas de Xeroderma pigmentosum.)

M. Quinquaud (Paris) : Les deux jeunes filles que je présente au Congrès sont des exemples de cette singulière affection que le professeur Kaposi a dénommé xérodermie pigmentaire, et a le premier décrit en 1870.

Plus tard, Heitzmann (*Transactions of American Dermatological Association*, 1877), Geber (*Sur une forme rare du nœvus des auteurs*), Taylor, de New-York (*Arch. of Dermatology*, 1878), Duhring (*A case of the so called xeroderma — American Journal of med. Sc.*, octobre 1878), Wilhem Rüder (*Ueber epithelial Carcinom der Haut bei mehreren Kindern einer Familie*, Berlin, 1880, dissertation), Neisser, de Breslau (*Vierteljahreschrift für Dermatologie und syphilis — Ueber das Xeroderma pigmentosum* Kaposi), ont étudié successivement cette maladie qui constitue une entité morbide bien distincte.

M. Vidal (*Ann. de Dermat. et de Syphiligr.*, t. IV, 1883, p. 621), rapporte cinq nouvelles observations, et trace de main de maître l'histoire de cette affection. Vidal et Leloir en ont donné l'anatomie pathologique.

En 1884, Pick appela cette affection *melanosis lenticularis progressiva;* la même année, Radcliffe Crocker en relata trois cas, et proposa le nom d'*atrophoderma pigmentosum*, puis White et Dubois-Havenith en firent connaître d'autres cas.

Brigidi et Marcacci (*Giorn. ital. del. mal. Ven. e delle pelle*, sept. 1888) ont également étudié un cas de xérodermie pigmentaire.

Enfin, en 1888, mon collègue et ami Arnozan a rapporté dans les *Annales de Dermatologie*, p. 365, un beau cas de xeroderma pigmentosum.

Il est absolument démontré qu'il s'agit là d'une espèce nosologique bien définie qui se retrouve la même dans tous les pays. Cette affection, innée ou congénitale, atteint plusieurs enfants de la même famille (maladie familiale), et presque toujours ceux d'un même sexe. Elle débute souvent par des *taches rouges* passagères auxquelles succèdent des taches de rousseur ; plus rarement, la maladie paraît débuter par des plaques pigmentées.

Elle se caractérise chez nos deux malades par des *taches pigmentées*, siégeant sur les parties découvertes, variables de ton, allant du jaune clair au brun foncé, parfois au noir, variables aussi de volume. On trouve encore des *télangiectasies* en réseau, étoilées, punctiformes ou nodulaires,

des places xérodermiques avec desquamation pityriasique, la peau est amincie et sèche ; en d'autres points, on voit des atrophies cutanées consécutives, ici à des *lésions épithéliomateuses*, là à un état desquamatif de la peau. Les sièges ordinaires sont les joues, la racine et les parties latérales du nez.

Les lésions épithéliomateuses se présentent sous l'aspect de papules (épithéliome verruqueux, cancroïde papillaire), d'un rouge bleuâtre ou brunâtre, recouvertes ou non de croûtes, mais pouvant disparaître spontanément et totalement, en laissant une *cicatrice* à leur place : ce sont des épithéliomes lobulés ou tubulés.

J'appelle encore l'attention du Congrès sur les lésions oculaires : il existe une *blépharite* ciliaire glandulaire, avec destruction et chute des poils; la télangiectasie de la conjonctive palpébrale est très nette et, sur la conjonctive scléroticale, elle se montre sous forme d'un ptérygion vasculaire des parties découvertes pendant la veille.

Citons encore les lésions des lèvres, qui rappellent sur certains points l'eczéma orbiculaire fendillé, empiétant sur la partie dermo-muqueuse qui est d'une sécheresse remarquable.

Enfin, caractère qui se retrouve chez nos deux malades, l'absorption de l'oxygène et l'exhalation de l'acide carbonique par les poumons ont diminué par rapport au taux physiologique de cet âge. Le nombre des hématies est au-dessous de la normale. Les fonctions utéro-ovariennes sont irrégulières chez la jeune fille qui est arrivée à la puberté.

L'aspect lentigineux de cette affection est trop évident, pour que l'on ne trouve point un qualificatif qui le rappelle dans sa dénomination. De plus, nous pensons qu'il y a un rapport entre la pigmentation et le développement de l'épithéliome ou d'une lésion sarcomatode, comme il y a un rapport entre certains cancers et le pigment mélanique. Pour toutes ces raisons, nous préférons la dénomination de *maladie pigmentaire épithéliomateuse*, une sorte de lentigo épithéliomateux ou d'épithéliome lentigineux avec des préludes xérodermiques ; d'ailleurs l'état xérodermique rappelle la desquamation sèche superficielle, dite acné sébacée, que l'on rencontre chez les personnes âgées, et où j'ai rencontré une infiltration de cellules épithéliales dans les couches superficielles de la peau. C'est le premier degré d'une variété d'épithéliome.

Les deux jeunes filles dont il s'agit sont deux sœurs dont les antécédents héréditaires sont les suivants :

Grand-père maternel mort d'une fluxion de poitrine. Grand'mère maternelle, morte d'un anévrysme; grand-père paternel, mort de la poitrine; la grand'mère paternelle aurait eu un eczéma ; le père est mort

tuberculeux à vingt-neuf ans, la mère se porte bien; l'un et l'autre n'ont jamais eu d'affection cutanée.

Elles ont eu deux frères morts très jeunes de convulsions; il leur reste un frère qui n'a jamais présenté d'éruption sur la peau.

Les deux sœurs sont toutes les deux atteintes de la même maladie, que nous allons décrire en détail.

Observation I. — Berthe C..., dix ans et demi. Cette enfant a toujours été maladive, elle a eu la coqueluche à l'âge de deux mois, la rougeole à quatre ans; ses conjonctives ont toujours été rouges et elle a été opérée à l'âge de six mois d'une tumeur granuleuse de l'œil droit.

Son affection a débuté à l'âge de quatorze mois et c'est sa nourrice qui s'est aperçue des taches pigmentées.

Actuellement, cette enfant paraît bien portante, elle a bon appétit; son caractère est ordinairement gai et elle paraît intelligente.

En examinant les lésions suivant leur siège, on observe les caractères suivants :

Cuir chevelu. — Sur la région qui avoisine les tempes, il y a quelques taches pigmentées et télangiectasiques. Ces taches se retrouvent à la lisière du cuir chevelu et de la peau des régions voisines. Au niveau de la nuque, on voit des taches pigmentées dans l'étendue de deux centimètres; près du front, elles sont peu marquées. Vers le sommet de la tête, on rencontre une tache pigmentée brunâtre qui ne disparaît pas par le grattage. Rien d'appréciable sur le reste du cuir chevelu. Les cheveux ne tombent pas et tiennent bien.

Tempes. — A droite, on remarque des taches pigmentées, des télangiectasies et surtout une cicatrice consécutive à une croûte superficielle. A gauche, il y a des taches disséminées assez nombreuses, sans cicatrice.

Oreille gauche. — Télangiectasie diffuse sous la forme de lignes d'un rouge vif, un peu plus marquée sur le pavillon que dans la conque; ces dilatations vasculaires s'arrêtent sur le bord externe et n'envahissent pas la face postérieure; on retrouve seulement un peu de pigmentation au niveau de l'apophyse mastoïde correspondante. Sur toute la région télangiectasique, on distingue de petites taches pigmentées d'un brun sale.

Oreille droite. — Aspect rougeâtre du pavillon. Télangiectasie réticulaire très marquée, diffuse jusque sur le bord externe du pavillon, moins marquée dans la conque. Desquamation pityriasique sur quelques points. Taches brunâtres nombreuses. La face postérieure de l'oreille est à peu près saine. Quelques taches pigmentées et plusieurs points télangiectasiques au niveau de l'apophyse mastoïde correspondante.

Front. — Un peu rosé, parsemé d'un très grand nombre de taches jaune brunâtre et d'un brun foncé : la télangiectasie y existe, mais y est peu accentuée sur quelques points seulement. A la partie inférieure, dans la région intersourcillière, on remarque une cicatrice lisse déprimée dont la périphérie ne présente aucune induration; la lésion est complètement guérie.

A 4 millimètres au-dessus, on voit une croûte un peu saillante se détachant difficilement; après l'avoir enlevée, il reste une légère exulcération superficielle un peu saignante. Au-dessous existe un petit bouton d'un brun foncé sans croûte. Près de la racine des cheveux, bouton saillant pigmenté brunâtre.

La région sourcillière, dans les deux cas, est le siège de taches pigmentées disséminées, la télangiectasie y est peu marquée. Les sourcils tiennent.

Paupières. — A l'union de la paupière *supérieure droite* et du sourcil, on voit un bouton surmonté d'une croûtelle avec télangiectasie; la partie de la paupière supérieure qui se cache, l'œil étant ouvert, est beaucoup moins lésée. La région libre de cette paupière droite est rosée et est le siège de deux ou trois points atélectasiés d'un rouge vif; près de l'angle interne de l'œil, l'un d'eux est ulcéré dans l'étendue de deux millimètres. La paupière *supérieure gauche* est également rouge avec télangiectasie diffuse. Les cils sont conservés. Les paupières *inférieures* sont rouges : la *droite* a perdu les cils, excepté dans le cinquième externe et le cinquième interne; dans ce dernier point, les cils sont altérés; la peau est rosée, celle du côté droit plus rouge que celle du côté gauche; on y voit des taches pigmentées, de la télangiectasie; à la partie externe de la paupière droite, on aperçoit une télangiectasie nodulaire de la grosseur d'une tête d'épingle; il y a encore deux taches télangiectasiques à la partie interne de la paupière inférieure *gauche* dont les cils résistent, excepté vers le cinquième interne.

La conjonctive palpébrale inférieure est d'un rouge vif dans toute son étendue, tandis que la supérieure n'est rouge que sur son bord libre dans une hauteur de 1 à 2 millimètres. Sur cette muqueuse palpébrale, on voit des lésions de télangiectasie. Les deux conjonctives oculaires sont rouges, surtout dans la partie découverte de l'œil; il y a un ptérygion interne et externe. Les vaisseaux empiètent sur la cornée. Des deux côtés il existe une sécrétion muco-puriforme peu abondante; le larmoiement est très net.

Vers l'angle externe de l'œil droit existe une cicatrice lisse, déprimée, sans induration périphérique de 15 millimètres de longueur sur 10 de largeur.

Nez. — Il est le siège de taches brunâtres, pigmentées, à contours irréguliers de 2 à 3 millimètres de diamètre, surtout abondantes sur les parties latérales, tandis que sur la ligne médiane et sur les parties avoisinantes on voit des espaces irréguliers blanc rosé où la peau est atrophiée; en même temps, il existe de la télangiectasie punctiforme en trois points principaux. A la pointe du nez et sur les ailes, les glandes sébacées sont très développées; à leur niveau existe une sécrétion sébacée punctiforme. Les sécrétions nasales sont normales. Au niveau des régions atrophiées, la peau est amincie, mais elle est mobile et nullement collée sur les os.

La mère affirme qu'à la placé des plaques d'atrophie cutanée, il y avait une desquamation pityriasique et que beaucoup plus tard la peau est devenue blanchâtre.

Joue droite. — Teinte rosée avec taches irrégulières de diverses grandeurs et de divers tons variant du jaune au brun foncé. Télangiectasies en réseau.

A la partie supérieure et interne, petites régions irrégulières d'atrophie cutanée qui se continuent avec celles du nez. Vers le sillon naso-labial droit, on trouve une croûte avec quatre petites saillies papilliformes en couronne avec une dépression centrale.

Ces petites saillies ont une couleur noirâtre; au niveau de la dépression cupuliforme existe une très légère ulcération, recouverte dans toute son étendue d'une croûte assez épaisse. A deux centimètres au-dessus existe une espèce de nodosité d'un rouge violacé, sans ulcération, de la grosseur d'une

petite lentille ; on retrouve encore vers le sillon naso-labial, près de l'aile du nez, une autre saillie plus petite, moins rouge, et sur les régions avoisinantes, une légère desquamation pityriasique. Vers l'aile du nez, télangiectasies diffuses et par plaques peu étendues.

Sensibilité parfaitement conservée sur les joues.

Joue gauche. — Légère teinte rosée qui disparaît en comprimant la peau; sur ce fond rose, on distingue quelques petites taches pigmentées dont l'une est brunâtre et siège sur la partie moyenne. Les taches y sont moins abondantes qu'à droite et que sur la région postérieure du cou. Vers la région supérieure, on remarque une papule d'un rouge vif de la grosseur d'une petite lentille. Sur la partie supérieure, atrophie cutanée d'apparence cicatricielle et à sa partie interne état xérodermique. Çà et là taches télangiectasiques peu nombreuses.

Lèvre supérieure. — Léger état xérodermique au niveau de la sous-cloison et de chaque côté ; état fissuré de la partie dermo-muqueuse de la lèvre avec certains caractères rappelant l'aspect de certains eczémas orbiculaires. Légères télangiectasies.

Lèvre inférieure. — Même état. Au niveau de la partie muqueuse, les lèvres sont sèches avec des fissures, des télangiectasies. Léger état squameux, quelques petites taches brunâtres sur les bords libres. La muqueuse buccale est saine.

Menton. — On y aperçoit de petites taches brunâtres disséminées avec des points de télangiectasies. En un mot, la face présente un aspect bariolé tout à fait spécial qui fait établir immédiatement le diagnostic de l'affection.

Cou. — La région cervicale postérieure et latérale est le siège de nombreuses taches plus ou moins foncées dont les unes prennent une teinte d'un brun noirâtre, mélanique; ce sont certainement ces régions où la lésion pigmentaire est la plus accentuée. Çà et là on observe quelques îlots de peau saine. A la partie postérieure, état xérodermique et pityriasique. Les poils follets y sont conservés et à peu près normaux. Sur la partie antérieure, télangiectasies nodulaires de la grosseur d'une tête d'épingle. Partout ailleurs, télangiectasies diffuses. — La lésion s'arrête presque brusquement au niveau des régions découvertes. Cependant on remarque, dans une étendue de trois centimètres, quelques taches dans la partie intermédiaire entre les régions malades et les régions saines.

Sur les parties latérales du cou, à deux centimètres du lobule de l'oreille gauche, on remarque une papule peu saillante, rosée à la base, dure, non encore recouverte de croûtes.

La région antérieure du cou est très pigmentée, surtout au niveau des sterno-cléido-mastoïdiens. La région sus-hyoïdienne est très pigmentée sur ses parties latérales, beaucoup moins sur sa partie médiane. La lésion est presque absente au niveau de la région thyroïdienne, là où le cou est fléchi et où l'accès des rayons lumineux est plus difficile. Sur les parties latérales de la région sus-hyoïdienne on remarque deux taches de télangiectasie d'un aspect rouge groseille. La malade porte des cicatrices à la région sus-sternale résultant de l'application d'un vésicatoire. La lésion s'arrête au niveau des clavicules, mais il existe toujours une zone de transition.

Membre supérieur gauche. — La maladie siège sur la face dorsale de la main, des doigts et le tiers inférieur de l'avant-bras. Le maximum occupe la région métacarpienne et va en diminuant sur le tiers moyen. Toutes ces régions

sont d'un jaune bistré analogue à la couleur produite par l'érythème solaire ou l'érythème pellagreux. Sur ce fond érythémateux, on distingue un aspect tigré avec de petites taches lenticulaires dont les unes sont d'un jaune clair, les autres d'un jaune foncé, brunâtre, de l'étendue d'une lentille; d'autres, d'un gris sale. Dans l'intervalle, la peau apparaît comme tachetée de blanc ; le fond de la lésion est un peu rouge, cela tient à des dilatations vasculaires diffuses ; çà et là ce sont des télangiectasies disséminées qui se réunissent en points isolés sous la forme d'un nodule miliaire. Par le palper, on sent que la peau est un peu rugueuse, ce qui est dû à une très légère exfoliation pityriasique interrompue. A la limite supérieure de la lésion de l'avant-bras, on voit des taches lenticulaires, brunâtres, distinctes. A ce niveau, on voit également des taches blanchâtres et des taches d'un brun clair. La peau, au tiers supérieur de l'avant-bras, redevient normale.

La maladie s'atténue à la racine des doigts. La face dorsale de la première phalange est également pigmentée avec taches blanchâtres lenticulaires, état rouge, télangiectasies légères. Au petit doigt où la lésion est au début, on ne voit que des taches blanchâtres et des taches brunâtres sans érythème et sans télangiectasie bien accusée. Rien au niveau des plis articulaires de la face dorsale. On trouve aussi des taches pigmentées au niveau de la face dorsale de la deuxième phalange, mais ici les lésions sont très atténuées. Les plis articulaires de la face dorsale sont simplement brunâtres, le reste des doigts est à peine pigmenté. L'extrémité antérieure du liséré de l'ongle est un peu plus rouge qu'à l'état normal. Les lésions s'arrêtent sur les parties latérales des doigts de la main, du pouce et de l'avant-bras.

Sur les parties latérales du poignet existent quelques taches brunâtres ; le poignet lui-même est un peu jaunâtre, tandis que l'avant-bras (face antérieure) et la face palmaire de la main sont indemnes de toute lésion.

La peau est souple, non adhérente, et ne présente pas d'amincissement appréciable.

Membre supérieur droit. — La face dorsale de la main et du poignet offre une teinte bistrée analogue à celle de l'érythème solaire ; sur ce fond, on voit des taches nombreuses lenticulaires de la grosseur d'une tête d'épingle dont les unes sont d'un jaune clair, les autres d'un brun foncé, analogues à la lésion produite par l'application du nitrate d'argent sur la peau ; les dernières sont plus rares, disséminées entre d'autres taches blanchâtres de la largeur d'une lentille; entre ces taches, îlots de peau saine. De plus, on aperçoit des télangiectasies, tantôt disséminées sous la forme de lésions capillaires d'un rouge vif, tantôt plus accentuées par taches, quelquefois réunies en un point non saillant. Sur un point, on sent une sorte de papule avec télangiectasie rutilante ; autour de cette papule, la peau est très légèrement rugueuse au toucher.

La lésion est à peine marquée sur la racine des doigts. Elle reprend sur la région postérieure de la première phalange ; là, on retrouve le fond rosé, les taches pigmentées brunes et les taches blanchâtres ; les plis articulaires sont presque normaux, très légèrement lésés cependant au niveau de la face dorsale de la deuxième phalange. La troisième phalange est indemne, excepté à l'extrémité antérieure du liséré de l'ongle qui est un peu plus rouge qu'à l'état normal. La lésion cesse sur les plans latéraux des doigts de la main et du poignet. La face palmaire est indemne.

Le tiers inférieur de l'avant-bras, dans l'étendue de 5 centimètres, est d'un jaune terreux, avec des taches brunes et blanches, de la télangiectasie à la limite des parties malades avec les parties saines; on aperçoit quelques taches brunâtres disséminées.

Par la pression, on diminue la teinte rosée, et par la distension de la peau, la teinte jaunâtre apparaît plus nettement. La face du poignet est à peine colorée.

Membres inférieurs. — Au niveau du mollet droit, deux petites taches pigmentées. Le membre gauche n'est le siège d'aucune lésion ; il n'y a rien sur les pieds, ni sur les cuisses.

Abdomen et poitrine. — Rien d'anormal.

Observation II. — Henriette C..., quatorze ans et demi. C'est une jeune fille intelligente, qui a eu à deux ans une scarlatine, à trois ans une rougeole et à cinq ans une fluxion de poitrine. Sa maladie a débuté à l'âge de onze mois par des taches de rousseur, il y aurait eu autrefois une petite tumeur (verrue) au niveau de la main droite. Les plaques d'atrophie existeraient depuis quatre ou cinq ans.

Actuellement, on observe les lésions suivantes :

Cuir chevelu. — Desquamation pityriasique. Taches pigmentées près des tempes. Çà et là seulement quelques rares taches disséminées ; au niveau de la nuque, elles sont abondantes.

Oreille gauche. — La conque est le siège de taches pigmentées avec maximum de développement à la périphérie du lobule.

Oreille droite. — Mêmes taches disséminées dans la conque et à la périphérie du pavillon. Desquamation pityriasique.

Front. — Vers la région intersourcillière au niveau du sourcil droit, état pityriasique, peau tendue, parcheminée. Sur tout le front sont disséminées des taches pigmentées irrégulières, les unes d'un rouge clair, les autres d'un brun foncé. Les poils sont développés. Petit point d'atrophie vers la région externe du sourcil droit. Télangiectasies diffuses, très légères. Pas de prurit. Les sourcils tiennent bien et sont à peu près normaux, sauf une légère rougeur et quelques taches pigmentées. A la partie externe du sourcil gauche, il existe quelques points d'atrophie cutanée.

Paupière supérieure. — Les lésions sont surtout accentuées vers le bord libre.

Nez. — Siége d'atrophie cutanée avec peau blanchâtre. Dans ses deux tiers supérieurs et sur les parties latérales, l'atrophie manque. Au niveau des atrophies, on remarque de la télangiectasie mélangée à des taches pigmentaires. Les plaques d'atrophie sont blanches. Les parties latérales du nez sont le siège d'une desquamation pityriasique.

Paupière inférieure. — Rougeur ; à la loupe, on y voit quelques vaisseaux dilatés. Quelques cils perdus, surtout vers la région externe, ils sont en général malades. La muqueuse de la paupière supérieure est moins rouge. Ptérygion au début, peu accentué. La cornée est intacte. D'une façon générale, les yeux de cette malade sont moins atteints que ceux de sa sœur. Il existe un léger larmoiement.

Joue droite. — Teinte brunâtre de la joue avec taches pigmentées disséminées vers les régions avoisinant les lèvres, état xérodermique et pityria-

sique. La partie avoisinant la paupière inférieure est le siège d'atrophie cutanée avec amincissement et décoloration. Ces taches blanches sont séparées par des taches brunâtres. Télangiectasie se traduisant par petites taches ou par petits points étoilés.

Joue gauche. — Siège de plusieurs taches pigmentées ; l'une d'entre elles, vers la région molaire, est noire avec bords diffus. Vers la région sous-orbitaire, plaques d'atrophie cutanée, blanchâtres, parsemées de taches pigmentées et de télangiectasies par petits îlots. Léger état xérodermique.

Lèvre supérieure. — Plissée, brunâtre, xérodermique, présentant de nombreux plis se prolongeant sur toute la surface cutanéo-muqueuse. Desquamation pityriasique et télangiectasie des régions inférieures de cette lèvre. Taches pigmentées et disséminées.

Lèvre inférieure. — La portion cutanéo-muqueuse présente le même aspect. Taches pigmentées et télangiectasies.

Menton. — Absence presque complète de pigment dans la fossette. Dans le reste, la quantité de pigment est assez abondante.

Région antérieure du cou. — Absence de taches pigmentées à la région thyroïdienne, elles sont au contraire nombreuses sur la région sus-hyoïdienne et à la partie inférieure. La peau est comme tigrée dans les régions mastoïdiennes. Les lésions cessent au niveau des régions claviculaires où l'on n'observe plus que quelques taches pigmentées.

Région postérieure du cou. — Nombreuses taches d'un brun foncé. Télangiectasies non saillantes par petites places. La lésion s'étend jusqu'à la troisième vertèbre dorsale pour cesser à la région interscapulaire. Là où les vêtements recouvrent la peau, la lésion cesse. Il n'existe pas d'atrophie cutanée.

Membre supérieur droit. — Maximum de la lésion à la face dorsale des mains et dans le sixième inférieur de l'avant-bras. Nombreuses taches pigmentées, îlots blanchâtres, léger état xérodermique, pas d'atrophie cutanée. Sur toutes ces régions, on remarque de la télangiectasie réticulée. Les lésions s'étendent sur les parties inférieures, sur la face dorsale des premières phalanges, elles vont en s'atténuant jusqu'à la troisième phalange. Sur le tiers inférieur de l'avant-bras, quelques taches noirâtres.

La paume de la main est indemne, la lésion cesse également vers les parties supérieures de l'avant-bras, et la région du coude.

Membre supérieur gauche. — Mêmes lésions qu'au membre supérieur droit. Le maximum de l'affection existe à la face dorsale de la main et au sixième inférieur de l'avant-bras. État xérodermique. Plaques blanchâtres. Télangiectasies à la face dorsale allant en s'atténuant au niveau des deuxième et troisième phalanges. Supérieurement à la face postérieure de l'avant-bras, la lésion est disséminée. Rien à la région antérieure.

Il n'existe rien d'anormal sur la langue, les gencives, la face postérieure des lèvres.

Les membres inférieurs ne présentent qu'un léger état xérodermique.

M. Georges Thibierge (Paris) : Comme complément à la communication de M. Quinquaud, j'ai l'honneur de présenter au Congrès un jeune malade, âgé de seize ans, atteint de xeroderma pigmentosum. Ce malade s'est présenté le 16 juin dernier à la policlinique de mon maître, M. Ernest

Besnier, qui a bien voulu me confier le soin de le suivre et m'autoriser à recueillir son observation.

F. D..., âgé de seize ans, sans profession, né auprès de Carentan (département de la Manche).

Antécédents héréditaires. — Père actuellement âgé de cinquante-huit ans, bien portant, vigoureux. Mère actuellement âgée de quarante-deux ans, bien portante. (Les parents du malade sont cousins germains.)

Grand-père paternel, mort à soixante-dix ans, de vieillesse; grand'mère paternelle, morte à la suite de couches ; ont eu douze enfants.

Grand-père maternel, mort à quatre-vingt-deux ans; grand'mère maternelle, actuellement âgée de soixante-quinze ans, bien portante.

Aucun membre de la famille ne semble avoir succombé à une affection cancéreuse.

Le malade a eu un frère né avant lui, mort à l'âge de sept ans sans avoir présenté aucune trace de l'affection dont il est atteint; mais *une de ses cousines germaines* (qui a pour père le frère du père de notre malade et pour mère la sœur de sa mère, lesquels sont cousins germains), actuellement âgée de seize ans, est depuis son enfance atteinte d'une maladie de peau qui offre, au dire de notre malade, exactement les mêmes sièges et la même apparence que la sienne (cette jeune fille, appartenant à une famille de trois filles et quatre garçons, est l'aînée de la famille et la seule atteinte).

Antécédents personnels. — L'affection a certainement débuté dans le très jeune âge, sans que le malade puisse préciser davantage ; il se rappelle seulement que, vers l'âge de sept ou huit ans, il avait sur le visage une grande quantité de taches brunes, mais il n'avait encore alors aucune trace de néoformations épithéliales. Ce serait seulement il y a quatre ans que la surface cutanée aurait commencé à devenir inégale et à présenter de petites saillies sèches desquamant de temps à autre ; ces saillies et ces squames auraient même été plus développées à une certaine époque et seraient moins marquées depuis deux ans environ. D'ailleurs, constamment ces lésions ont présenté des modifications en rapport avec les variations de la température : leur intensité et surtout la coloration du visage sont augmentées par le froid de l'hiver, la chaleur de l'été, et surtout par l'action du vent et par le séjour au bord de la mer; au contraire, au moment du printemps, elles s'atténuent chaque année et deviennent moins apparentes.

État actuel. — (21 juin). Le malade est bien développé, d'une bonne santé générale et n'éprouve aucun trouble viscéral de nature quelconque.

La face est, sur toute la surface du nez et des joues, le siège d'une rougeur assez intense, presque uniforme, et, sauf la présence de croûtes, seule apparente au premier abord, elle offre, à une inspection rapide, une certaine ressemblance avec le visage d'un sujet atteint d'acné rosée très étendue; mais il suffit d'un examen tant soit peu attentif pour remarquer que les lésions sont plus complexes et bien différentes de l'acné.

Le nez, sur toute sa surface depuis une ligne horizontale passant par les commissures palpébrales jusqu'au bord libre des narines, est le siège d'une rougeur diffuse et de petites saillies mamelonnées qui couvrent environ le tiers de sa surface ; ces saillies isolées, de dimensions variées atteignant au

plus celle d'une très petite lentille, sont arrondies, sèches, de couleur grise légèrement jaunâtre, quelques-unes brunes à la suite d'une petite hémorragie produite dans leur épaisseur ; elles sont assez adhérentes, mais peuvent être enlevées par un grattage un peu énergique qui laisse une surface saignante ; dans les intervalles de ces saillies néoplasiques, on voit un certain nombre de cicatrices déprimées, arrondies, à bord taillés nettement, de coloration un peu plus pâle que celle des parties voisines et assez analogues à des cicatrices de variole, résultant de la chute spontanée des petites néoformations ou de leur avulsion faite par les ongles du malade.

La portion des joues adjacente au nez présente les mêmes altérations que celui-ci et en outre quelques taches pigmentaires. La portion externe des joues est le siège d'une rougeur presque uniforme qui diminue très notablement par la pression, et laisse alors voir, à un examen attentif : 1° des taches pigmentaires occupant surtout la partie externe, de coloration variant du brun clair au brun foncé presque noir, les plus nombreuses claires, de forme arrondie ou anguleuse, irrégulières en forme et en dimensions, mais atteignant au plus la largeur d'une tête d'épingle en verre ; 2° des télangiectasies très nombreuses, sous forme de fins vaisseaux sinueux, peu arborisés ; 3° de très rares saillies néoplasiques moins développées que celles du nez.

La partie des paupières, qui, pendant la veille, se plisse et subit moins constamment l'influence de l'air et de la lumière, est blanche, sans développement de taches pigmentaires ; celle qui reste toujours étalée est, au contraire, d'un rouge clair, avec quelques taches pigmentaires.

Les lèvres sont le siège d'une rougeur diffuse ; l'épiderme y présente quelques squames blanchâtres, sèches ; la peau y est épaissie et on y voit quelques saillies semblables à celles du nez, quelques minces cicatricules et quelques petites taches pigmentaires. Le bord muqueux des lèvres est également sec, avec un peu de desquamation et est ordinairement le siège de quelques gerçures en hiver ; on n'y voit, pas plus que sur la muqueuse de la cavité buccale, aucune trace de taches pigmentaires.

Sur le menton, où la rougeur est peu marquée, on voit quelques taches pigmentaires. Sur la ligne médiane, un placard large comme une grosse lentille appliquée sur la peau, saillant, ferme, recouvert d'une croûte épaisse et dure dont l'ablation laisse voir une surface unie et saignante ; le début de cette lésion remonte au moins à six mois.

Pas d'adénopathie dans la région sous-maxillaire.

Le front est le siège de taches pigmentaires moins foncées que celles des joues, et cependant plus apparentes qu'elles, à cause de la coloration générale plus pâle des téguments dans cette région ; ces taches pigmentaires sont surtout nombreuses dans la région temporale, moins abondantes sur la partie médiane. Les cheveux sont de coloration châtain clair.

Sur les oreilles, les téguments sont amincis, principalement au niveau du bord libre de la conque où on voit la couleur blanche du cartilage sous-jacent ; les télangiectasies sont très marquées, plus abondantes et formées de vaisseaux plus volumineux qu'à la face ; sur la partie concave du pavillon et sur l'hélix, les taches pigmentaires sont assez nombreuses et plus foncées sur le pourtour du pavillon de l'oreille que sur la face ; une petite saillie épithéliomateuse sèche sur le haut de l'hélix du côté droit.

Toutes les parties du cou, laissées découvertes par les vêtements, sont le

siège de taches pigmentaires assez irrégulières, de formes, de dimensions et de coloration; ces taches se voient encore, mais de moins en moins nombreuses, sur la base du cou et la partie supérieure du thorax en avant et en arrière.

Le dos des mains est le siège d'une rougeur uniforme, qui s'étend sur le dos des premières phalanges : la peau y est épaissie, indurée, rendue rugueuse par la présence de petites saillies néoplasiques plus fermes, mais moins larges et moins saillantes que celles du visage et rappelant les verrues, sauf la limitation qui est moins nette. Nombreuses taches pigmentaires d'un rouge brun clair.

Quelques taches pigmentaires sur la face dorsale du tiers inférieur des avant-bras.

Après quelques jours passés à Paris, la rougeur du visage devint moins intense et les autres lésions devinrent plus apparentes, en même temps qu'il se produisit de nombreuses squames blanches et sèches sur toute la face.

Le malade ayant tenu à aller passer quinze jours dans son pays, où il resta constamment exposé à l'air et au soleil dans les champs, présentait à son retour une nouvelle exagération des phénomènes congestifs de la face.

Pendant six semaines d'observation, les lésions se modifient à peine; la tumeur du menton s'étend cependant un peu et sera bientôt extirpée au moyen de l'instrument tranchant; les autres néoformations seront soumises à la cautérisation galvanique.

Cette observation présente nettement les caractères de la dermatose décrite par le professeur Kaposi sous le nom de xeroderma pigmentosum, à savoir: 1° le développement familial, 2° le début dans l'enfance et l'évolution ultérieure continue; et comme caractères objectifs: 3° les taches pigmentaires, 4° les télangiectasies, 5° le développement de néoplasies épithéliomateuses, le tout occupant les parties découvertes du corps.

Il s'agit là d'une affection rare, dont on ne connaît encore qu'une quarantaine de cas (voir Taylor, *New-York medical Record.*, march. 10, 1888) : la rareté même de ces faits m'a engagé à présenter ce malade au Congrès et j'insisterai seulement sur les particularités suivantes de son observation.

D'abord, au point de vue du caractère familial de la maladie, son développement chez une cousine germaine de mon malade, dont les parents étaient très proches de ceux de mon malade et également consanguins ; il s'agit là d'une circonstance un peu spéciale, bien analogue à la multiplicité ordinaire des cas de xéroderma parmi des frères ou des sœurs.

Ensuite l'influence des agents extérieurs sur le développement et l'aggravation de la maladie: la chaleur vive, le froid extrême, l'air vif de la mer surtout, en un mot toutes les causes qui exagèrent la circu-

lation cutanée de la face ont une influence nocive sur l'affection qui nous occupe.

Enfin, et cette remarque vient à l'appui de la précédente, je ferai observer que ce jeune malade est né et a toujours habité à la campagne : c'est là, autant que j'en puis juger par quelques observations suffisamment détaillées que j'ai pu consulter, un fait peu remarqué et cependant sinon constant, du moins très ordinaire, chez les sujets atteints de xéroderma. De même que le lentigo, que les éphélides, sur lesquelles les agents extérieurs ont une si grande influence, de même que le lupus érythémateux, ainsi que l'a fait remarquer mon maître M. Ernest Besnier, se voient surtout chez les campagnards, de même le xeroderma pigmentosum trouve dans l'existence à l'air libre des conditions de température et d'aération qui favorisent certainement l'éclosion et l'incessante progression de lésions qui tirent leur origine d'une prédisposition héréditaire et familiale.

Discussion.

M. J.-J. Pringle (Londres) : Permettez-moi de citer, à mon tour, une observation encore inédite de *xeroderma pigmentosum* que j'ai eu l'occasion de recueillir l'année dernière à Londres, chez une petite fille âgée de huit ans. Cette observation présente quelques points particuliers qui m'engagent à vous la communiquer.

D'autres cas ont été observés en Angleterre par Radcliffe Crocker en 1884, et plus récemment par MM. Mc. Call Anderson, Stephen Mackenzie, Colcott Fox et Hunter.

Les symptômes, dans le cas que j'ai observé, étaient si typiques que je n'y insiste pas pour m'attacher seulement à quelques points spéciaux.

Il n'y a rien dans l'amnésie pour expliquer le début de la maladie ; le père est Anglais, employé de commerce à Paris ; aucune tendance congénitale ou héréditaire, par exemple, excepté le fait que, à l'âge de deux ans, pendant l'été si chaud de 1883, elle a été très exposée au soleil, sa mère la laissant jouer au jardin pendant toute la journée. Il n'y a que sur les parties exposées aux rayons directs du soleil que les lésions existent, et la limitation en est tellement nette qu'il est impossible de douter de leur effet comme un *facteur* important, je dirai même dominant, dans la pathogenèse de la maladie. Il paraît presque certain que la phase érythémateuse, décrite par certains auteurs, n'a jamais existé chez cette petite malade.

La marche de la maladie a été lente ; quoique les taches pigmentaires

et les télangiectasies soient très abondantes, comme vous le voyez sur ce dessin, il n'y a encore que très peu de dermatite perceptible à l'œil nu, et les cicatrices atrophiques sont bornées aux joues et au nez. Comme néoplasmes, il n'y a eu jusqu'ici que deux petites tumeurs, d'apparence verruqueuse, de la grandeur d'une moitié d'un petit pois, situées sur la joue droite et sur le côté correspondant du nez.

J'ai enlevé, au mois de décembre dernier, un de ces petits néoplasmes et aussi un petit morceau de la peau de la partie postérieure du cou où il n'y avait que des télangiectasies et des taches pigmentaires. Les lésions histologiques sont reproduites sur ces photographies que j'ai l'honneur de vous présenter. Les coupes microscopiques sont aussi ici, et je serai bien heureux d'avoir sur elles l'opinion des membres du Congrès après la séance. Les coupes (n° 1) de la petite tumeur me semblent indiquer déjà le commencement de formation d'épithéliome, invagination d'épiderme, petits globes épithéliaux. Il y a aussi toutes les apparences décrites par les auteurs, comme dans les coupes n° 2, provenant de la peau du cou; ce qu'il y a de surprenant dans celles-ci, c'est l'intensité de la dermatite, à ce stade si précoce de la maladie. Nulle part, il n'y a trace de sarcome.

Pour en finir, je signalerai un fait clinique de grande importance et peut-être de quelque valeur étiologique ; c'est que la maladie n'a pas fait de progrès depuis douze mois que j'ai la malade en observation ; au contraire, elle a certainement diminué en un certain sens.

La malade a pris de l'huile de foie de morue comme reconstituant, fait auquel j'attache peu d'importance, et chaque soir les parties affectées ont été enduites de la glycérine-gélatine molle contenant de 5 à 10 p. 100 d'ammonio-chlorure de mercure, substance très appréciée et répandue en Angleterre comme antiparasitaire.

Deux idées me sont donc venues à l'esprit : 1° N'y aurait-il pas des types pour ainsi dire *bénins* de cette maladie dont la marche serait très lente et qui soient même capables de s'arrêter spontanément? Est-ce que les membres du Congrès ont jamais vu des cas qui pourraient aider à soutenir une idée pareille? 2° Aurions-nous affaire à une maladie de nature parasitaire, microbienne, analogue en quelque sorte à d'autres maladies qui aboutissent au développement d'épithéliomes multiples? A propos de cette dernière question, je partage entièrement l'opinion de mon collègue Crocker, que les larmes possèdent des qualités infectieuses; car c'est justement sur les parties où elles coulent continuellement et en grande quantité, à cause de l'ectropion, que commencent les lésions cicatricielles et néoplasiques. Et j'ai pu constater chez ma malade, sous l'influence du traitement indiqué, l'arrêt de celles-ci et une diminu-

tion indiscutable de la dermatite, quoique les lésions cicatricielles et atrophiques soient peut-être un peu plus répandues qu'auparavant.

M. Dubois-Havenith (Bruxelles) : Il serait intéressant, a écrit M. Vidal, de savoir si les quelques malades qui sont parvenus à l'âge adulte ont eu des enfants et ce que sont devenus ou deviendront ces enfants.

Le cas que j'ai observé (1) répond à ce *desideratum*. Il a trait à un homme de quarante-deux ans, marié, père de famille, et dont les enfants, au nombre de trois, sont restés bien portants. Du côté des ascendants et des collatéraux, aucune trace de la maladie qui nous occupe en ce moment.

La marche de l'affection a été ce qu'elle est d'ordinaire : début vers l'âge de deux ans, pendant l'été, par une sorte d'insolation; localisation exclusive de l'éruption au visage et aux avant-bras; plus tard, taches brunes, pigmentées et télangiectasies; puis productions verruqueuses et cornées récidivant plusieurs fois après extirpation et cautérisation; dans les dernières années, épithéliomas multiples détruits et guéris; enfin, après un temps d'arrêt qui a permis au malade de se marier, nouvelle production épithéliomateuse à la lèvre inférieure, récidives coup sur coup après trois extirpations au bistouri, et mort par propagation du processus cancéreux aux ganglions correspondants.

M. Quinquaud : Les malades atteints de xeroderma pigmentosum meurent habituellement dans la cachexie, avant l'âge de vingt ou trente ans : telle est la loi qui souffre quelques exceptions.

C'est donc une maladie grave, malgré ses apparences bénignes au début, qui la font ressembler à une sorte de lentigo, et qui conduit presque fatalement à une mort hâtive : toutefois quelques faits paraissent bénins.

Je crois donc qu'il faudrait ajouter à la dénomination admise un qualificatif indiquant la relation évidente qui existe entre l'exagération du pigment et le développement de l'épithéliome; car il y a certainement un rapport de causalité entre ces éléments : lésion pigmentaire et épithéliome ou sarcomatose.

M. Vidal : La suite de l'histoire de la malade dont j'ai publié l'observation dans mon Mémoire des *Annales de dermatologie* (*obs.* I), nous apprend quelle peut être, sur l'évolution du xeroderma pigmentosum, l'influence de certaines maladies cutanées intercurrentes. Ma petite ma-

(1) *Journal de médecine de Bruxelles*, octobre 1885.

lade contracta la variole ; à la suite, les lésions du xéroderma s'amendèrent si bien qu'on put le croire enrayé dans sa marche. Mais sept à huit mois après, les lésions reparaissaient et la maladie reprit son cours; la petite malade mourut à l'âge de treize ans et demi.

Il me semble bien me rappeler que, dans un des cas observés par Kaposi, il y eut aussi une amélioration d'une certaine durée à la suite de la variole.

M. Schwimmer : M. Quinquaud a dit que ces malades, atteints dès l'enfance, mouraient généralement vers l'âge de vingt ans.

J'ai cependant observé, à Buda-Pesth, cette affection sur un homme de quarante-cinq ans. Il avait commencé à être atteint vers l'âge de trente-cinq ans; la maladie se développa en huit ou dix ans, et j'ai su que le malade avait succombé peu de temps après à la tuberculose pulmonaire. J'ai seulement voulu citer ce fait que je crois unique.

M. Unna : Dans le cours de cette discussion, la question thérapeutique a été à peine touchée; il semble qu'il n'y ait rien à faire. Pourtant, parmi les faits que j'ai observés, j'ai pu obtenir, dans un cas, une très grande amélioration, et je crois qu'on peut faire quelque chose d'utile à ces malades. Les rayons du soleil ont certainement une très grande influence sur le développement de la maladie qui n'affecte, comme on le sait, que les parties découvertes. Il faut donc d'abord soustraire les malades à l'influence du soleil. Les applications de résorcine et de pyrogallol m'ont paru aussi exercer sur les lésions des modifications incontestables.

La séance est levée.

TROISIÈME JOURNÉE : MERCREDI 7 AOUT 1889.

— Séance du matin. —

I. — **Continuation de la discussion de la question** III : *Du pemphigus. — Des dermatoses bulleuses, complexes ou multiformes.* — MM. Schwimmer, Brocq, de Amicis, Kaposi, Unna.

II. — **Discussion de la question** IV : *Du trichophyton. — Des dermatoses trichophytiques.* — MM. Butte, Quinquaud, E. Besnier, Unna, Vidal, Neumann, Hallopeau, H. von Hebra, Lutz.

— Séance du soir. —

Communications diverses relatives a la vénéréologie et a la syphiligraphie.

I. — *Une nouvelle injection mercurielle sous-cutanée*, par M. Cruyl.

II. — *Sur un cas de syphilide tertiaire* revenant périodiquement tous les ans, au printemps, et ayant couvert d'une vaste nappe cicatricielle la totalité du tronc chez une jeune fille de dix-sept ans, par M. Euthyboule.

III. — *Recherches expérimentales sur la nature du principe contagieux du chancre mou*, par M. Ducrey. Discussion : MM. Fournier, Leloir, Petrini.

IV. — *Étude sur les syphilides secondaires du vagin*, par M. Balzer.

V. — *Syphilis observée à Constantinople ;* effets des différentes préparations hydrargyriques administrées par la méthode hypodermique (intermusculaire), par M. Houlky-Bey.

VI. — *Sur la syphilis héréditaire*, par M. Mansouroff.

VII. — *Études sur la syphilis héréditaire*, par M. Neumann.

VIII. — *Étude sur la syphilis conceptionnelle latente*, par M. Barthélemy.

MERCREDI 7 AOUT. — SÉANCE DU MATIN.

Président : M. MAC CALL ANDERSON.

M. MAC CALL ANDERSON s'exprime en anglais; il remercie le Congrès de lui avoir fait l'honneur de le choisir comme président.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une lettre de M. le professeur Duhring qui, retenu par la maladie, à Londres, regrette de ne pouvoir prendre part aux travaux du Congrès et remercie les membres du Congrès de l'avoir choisi au nombre des présidents. Sur la proposition de M. Vidal et avec l'approbation de toute l'assemblée, M. le Secrétaire général est chargé d'envoyer à M. Duhring un télégramme lui exprimant les regrets que cause son absence et les vœux que forme le Congrès pour son prompt rétablissement.

I

CONTINUATION DE LA DISCUSSION DE LA QUESTION III.

M. SCHWIMMER : Il est bien connu que M. Duhring décrivait, il y a quelques années, une maladie polymorphe dont les caractères principaux consistent dans l'éruption d'une grande quantité de vésicules plus ou moins saillantes, siégeant plus ou moins symétriquement à la surface du corps. L'affection est, d'après Duhring, toujours accompagnée d'autres efflorescences, notamment d'érythèmes, de bulles, de pustules plus ou moins groupées ou disséminées. Les malades souffrent d'une vive démangeaison et l'affection marche par poussées avec des rechutes fréquentes. On connaît à présent partout les idées de M. Duhring, d'autant que notre éminent confrère américain ne cesse pas de continuer ses observations et de faire connaître ses communications aux dermatologistes.

Pour dire vrai, on ne peut pas appeler la maladie de Duhring une maladie nouvelle; on connaissait assez bien, avant lui, cette dermatose polymorphe, laquelle se rencontre assez souvent dans les hôpitaux et dans la clientèle privée. Mais on l'envisageait autrement et les dermatologistes français et anglais d'une époque antérieure, depuis Willan

jusqu'à Rayer et Devergie, la traitaient sous des dénominations diverses, comme : *Érythème vésiculeux-bulleux, herpès iris et circiné, pemphigus* sous ses divers formes. On connaît aussi les idées de feu le professeur Hebra et son école, qui traitait cette maladie dans le même sens. Mais M. Duhring, malgré les objections qu'on a pu lui faire, continue à soutenir que la dermatite herpétiforme est une entité morbide qui comprend non seulement les formes sus-mentionnées, mais encore une maladie cutanée d'une date plus récente, à savoir l'*impétigo herpétiforme* de Hebra.

Notre distingué confrère, M. Brocq, en faisant, comme chacun sait, une étude très savante et pleine d'observations justes, a donné à la maladie dont il est question le nom de *dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives*.

Ne voulant pas entrer en discussion détaillée contre toutes les idées émises par notre éminent confrère américain, dont je regrette infiniment l'absence, je veux seulement me borner à discuter ce point unique : *Existe-t-il une maladie cutanée qui soit caractérisée seulement par la poussée de vésicules sur toute la surface du corps et qui se distingue de l'érythème vésiculeux, de l'herpès circiné et du pemphigus ?*

Et en posant la question de cette sorte, il me faut dire, d'après mes observations, qu'une telle dermatose existe en réalité et qu'on peut bien distinguer une maladie purement ou en très grande partie vésiculeuse. Mais il me faut aussi ajouter *que cette affection cutanée ne se développe jamais sans transformation en d'autres types.* Toute maladie qui commence avec une forme érythémateuse de l'éruption pour aboutir à une forme vésiculeuse ou bulleuse, et dans laquelle les vésicules jouent seulement un rôle passager, ne peut pas être regardée comme une affection spéciale; parce que, du moment qu'on admet que toute une série d'altérations cutanées, telles que des papules solides et des érythèmes persistants, se rattachent aussi à la définition d'herpès, on fait une telle diversion scientifique qu'elle mène à la confusion.

Il est bien vrai qu'il existe un rapport pathologique entre les diverses formes vésiculeuses et bulleuses, de même qu'entre les vésicules et l'érythème comme symptôme précurseur ; et il ne fallait pas trop séparer les types, dont quelques-uns se transforment dans les autres. Mais quand on a créé une dénomination nouvelle, qui est acceptée dans la littérature contemporaine dermatologique, il est bien nécessaire d'être le plus exact possible. Quant à moi, j'ai, chaque année, l'occasion de traiter des malades qui sont atteints de l'affection en question, en même temps que des malades souffrant de l'érythème polymorphe, du pemphigus et des autres affections qui ont quelque ressemblance avec

les maladies vésiculo-bulleuses. J'ai donc l'occasion de pouvoir distinguer les formes diverses et je fais toujours la distinction en examinant très soigneusement la peau. Sans sentir la nécessité absolue d'accepter la dénomination dont il est question, je ne peux pas nier qu'il existe en petite quantité des cas bien singuliers d'éruptions vésiculeuses, et vous me permettrez de citer brièvement quelques observations, recueillies l'année passée, qui se rattachent à la maladie dite « dermatite herpétiforme ». Les dessins que je vais vous montrer sont faits d'après nature, et je montrerai aussi, à ceux d'entre vous que cela peut intéresser, les microbes trouvés dans le contenu des vésicules.

Obs. I. — S. F..., jeune homme âgé de vingt ans, atteint depuis trois jours de malaises et pris depuis deux jours de fièvre, entre le 17 mai 1888 dans mon service. Il se plaint pour la première fois de l'éruption qui s'étendait sur les extrémités supérieures. L'affection a débuté par les avant-bras et a contiué pendant quelques jours à se développer aux bras, à la poitrine, à l'abdomen et aux jambes. La face restait encore indemne. L'éruption est constituée par des vésicules de la grosseur d'un grain de chènevis et d'une lentille, atteignant jusqu'au volume d'un pois. Il y avait des vésicules et des petites bulles, mais nulle part des papules; la plus grande partie des vésicules montre une aréole érythémateuse. Des placards circonscrits d'érythème se montraient sur les cuisses; les autres parties du corps ne présentaient pas d'érythème. La fièvre ne dura plus que quatre à cinq jours, ne dépassant pas 38°,8. Les vésicules contiennent un liquide incolore, quelques-unes d'un aspect cristallin. Huit jours après l'entrée du malade dans le service, il se produisit une poussée *éruptive vésiculeuse et bulleuse à la face sans érythème*, tandis que les éruptions du corps se transformaient en pustules, surtout aux fesses et à la région lombaire. Le malade ressentait un prurit médiocre et des cuissons aux parties affectées.

L'éruption entière commence à se dessécher dans les premiers jours du mois de juin, on voit partout s'établir des croûtes et l'amélioration se continue. — Le malade quitte l'hôpital, guéri après un mois de traitement.

Ce cas ne mérite pas la dénomination de Duhring, quoique l'affection vésiculeuse fût très distincte, et je le désignai aussi sous le nom de dermatite et érythème exsudatifs.

Obs. II. — H. R..., femme âgée de cinquante-huit ans, bien nourrie et ayant déjà plusieurs fois eu des éruptions cutanées, présentant encore les restes d'un eczéma chronique, entrait au mois d'août 1888 à l'hôpital. Elle était atteinte depuis une semaine d'une éruption douloureuse vésiculo-bulleuse qui occupait la peau presque entière. La poussée commençait aux avant-bras et au-dessus du genou, se continuait sur les bras, la poitrine, le cou, couvrait les fesses, les jambes et les pieds. Les mains présentent à la face dorsale une légère infiltration, les paumes sont gonflées par des soulèvements circonscrits,

correspondant à des vésicules en formation. Pendant le séjour à l'hôpital, il se produit une poussée nouvelle de vésicules et de bulles, en même temps que les éruptions antérieures deviennent pustuleuses et croûteuses. Quelques parties du corps montrent des plaques érythémateuses avec et sans vésicules, mais il y a aussi une grande partie des poussées sans aréole érythémateuse. On remarque aussi des bulles sur le voile du palais, aux bords de la langue et une à sa surface.

La malade se plaint de malaises, de picotements et de démangeaisons. Dans la cinquième semaine de son traitement à l'hôpital, l'état de la malade commençait à s'améliorer, les éruptions cessaient et se desséchaient, laissant partout des taches brunâtres. Après deux mois d'observation et de traitement, la malade quitta l'hôpital guérie.

Le cas suivant est un des plus remarquables exemples de l'affection en question.

Obs. III. — S. A..., jeune homme de quinze ans, toujours bien portant, et n'ayant pas encore été atteint d'une maladie de la peau, entre le 3 mai 1888 à l'hôpital. L'affection actuelle a débuté, il y a environ deux semaines, sans cause appréciable, avec des démangeaisons très fortes sur tout le corps. Une poussée de papules passagères avec des taches érythémateuses qui se transformaient en quelques heures en vésicules, a été le début de la maladie, qui envahissait les avant-bras, les jambes et les pieds, de sorte que le malade, ne pouvant pas rester debout, était forcé d'entrer à l'hôpital, car on le croyait pris de la petite vérole.

L'intensité de l'éruption était remarquable, parce qu'elle couvrait tout le tronc, les cuisses, les jambes, les pieds, les bras, les avant-bras, les mains, la face et les muqueuses de la bouche. Partout il se formait des vésicules, des bulles, avec une base rougeâtre. Le prurit est excessivement intense pendant et après la poussée de l'éruption, de sorte que le malade ne pouvant se retenir de se gratter, détruisait les bulles et vésicules, et dénudait la peau en plusieurs points. Une fièvre assez forte, qui durait cinq à six jours, avec élévation de la température jusqu'à 39°,8, accompagnait la dermatose et cessait quand l'éruption arrivait à son maximum.

Pendant un séjour de trois mois à l'hôpital, le malade eut *dix* rechutes; chaque nouvelle poussée occupant toujours une partie déjà guérie ou en voie de guérison, et comme l'éruption, en séchant, laissait des croûtes et une forte pigmentation, on voyait souvent envahies de nouveau telles parties de la peau, qui n'étaient pas encore rétablies.

Les vives démangeaisons ne passaient pas pendant tout le temps de l'affection et cessaient lentement. En beaucoup de points du tronc et des pieds, se trouvaient des érosions et excoriations causées par le prurit, d'où suintait un liquide jaunâtre qui empesait le linge. Les bulles qui siégeaient sur les plantes des pieds se transformaient en une saillie unique qui ressemblait à une grande bulle aplatie, contenant un liquide jaunâtre. En même temps que les éruptions se répétaient sur des parties déjà affectées, on voyait quelques vésicules et bulles bien développées contenant du sang.

Une poussée sur le tronc qui se montra dans la huitième semaine du

séjour à l'hôpital, était d'une telle intensité, que la peau atteinte avait l'aspect d'une petite vérole confluente. Le mélange des éruptions avec les vésicules, les bulles, les croûtes, les excoriations et les ulcérations superficielles, donnait à l'affection, à une période avancée, un aspect hideux, et le traitement fut laborieux.

Le traitement externe consista dans des applications d'onguents divers antiseptiques qui soulageaient l'état du malade ; la médication interne, à l'ergotine, à la quinine, au fer, etc., avait échoué. Le malade se porte dans ce moment assez bien, les poussées se montrent encore par places aux extrémités, mais tout le corps est pigmenté, de sorte que les petites parties de la peau restées intactes pendant la maladie assez prolongée ressemblent à des îlots dans un océan.

L'examen du contenu des vésicules montre des groupes de cocci.

Pour conclure, je crois qu'il faut retenir la dénomination de dermatite herpétiforme généralisée seulement pour les maladies très étendues, et qui se montrent toujours sous la forme de poussées vésiculo-bulleuses occupant tout le corps, tandis que pour les formes locales et non étendues sur tout le corps, on peut se contenter des dénominations que l'on acceptait habituellement avant Duhring.

M. Brocq : Je suis chargé par le professeur Duhring de lire une lettre qu'il vient de m'écrire et dans laquelle il exprime sommairement ses idées au sujet de la maladie en discussion :

« Je regrette beaucoup que mon état de santé m'empêche de venir prendre part au Congrès. Je pense que si la question de la dermatite herpétiforme est discutée, vous pourrez, après la conversation que nous avons eue récemment ensemble, faire connaître mes opinions sur ce sujet, aussi bien que la vôtre. En particulier, vous pourrez dire que l'impétigo herpétiforme, tel que le professeur Kaposi l'a décrit dans un dernier article, ne peut être regardé comme une variété de dermatite herpétiforme.

« Mes vues, sur les relations que je croyais exister entre ces deux maladies, étaient basées sur les publications de Hebra, de Geber, de Neumann, etc.

« Si j'avais connu, à cette époque, l'article du professeur Kaposi, je me serais exprimé d'une manière toute différente. Si l'on en a l'occasion, je pense que vous pourrez convaincre ceux qui n'y croient pas, mon ami le professeur Kaposi entre autres, que la dermatite herpétiforme existe en tant que maladie distincte »

Je rappelle à ce propos qu'un petit dissentiment a existé entre le professeur de Philadelphie et moi.

J'ai toujours cru, pour mon compte, que l' « *impetigo herpetiformis* » de Kaposi devait être séparé de la « *dermatite herpétiforme* », alors que le professeur Duhring le faisait rentrer dans le cadre de cette affection ;

après avoir pris connaissance des travaux de Kaposi, Duhring a apporté une petite restriction à ses idées : il reconnaît aujourd'hui que l' « Impetigo herpetiformis » de Kaposi ne peut être confondu avec sa « *Dermatite herpétiforme* ».

Cette concession faite, il faut reconnaître que la maladie de Duhring existe comme entité parfaitement définie et, d'après les conversations que j'ai eues avec Duhring, comme d'après mes propres travaux sur ce sujet, je crois pouvoir donner sommairement les caractères nettement distinctifs par lesquels se traduit la maladie :

1° *Polymorphisme absolu de l'éruption :* on trouve sur le même sujet des plaques érythémateuses, des papules, des vésicules plus ou moins grosses, des bulles, des pustules; en outre, il y a des poussées multiples pouvant différer les unes des autres par le type éruptif; chaque poussée peut être, en effet, constituée par l'une ou l'autre des variétés éruptives que produit l'affection : donc, *polymorphisme* au même moment et *polymorphisme* dans les diverses phases de la maladie.

2° *Phénomènes douloureux* constants : ce sont des sensations variées, tantôt des démangeaisons, tantôt une cuisson plus ou moins vive, parfois même de véritables douleurs ; ces troubles de la sensibilité peuvent exister avant, pendant l'éruption comme dans l'intervalle des poussées.

3° *Longue durée* de l'affection. Il se fait des poussées successives pendant plusieurs mois. Les cas types de Duhring ont eu une durée de plusieurs années.

4° Malgré l'intensité et la durée des épisodes éruptifs, le malade garde une *assez bon état général.*

Ce sont là, je crois, des caractères bien définis qui suffisent pour constituer l'entité de la maladie de Duhring.

M. Unna : Je suis tout à fait d'accord avec M. Brocq pour admettre:

1° Qu'il y a une maladie tout à fait distincte, qui correspond à la maladie décrite par Duhring.

2° Que cette maladie est définie par les quatre symptômes cardinaux suivants :

a. Les rechutes spontanées;

b. Les parasthésies concomitantes ;

c. La polymorphie accentuée de l'exanthème;

d. Le bon état général des malades.

Ces symptômes ont une importance différente pour le diagnostic, suivant l'ordre dans lequel je les ai énumérés. Leur réunion a la plus grande valeur.

Puisque nous avons, par les symptômes mentionnés, bien défini ce que c'est que la maladie de Duhring, maintenant (c'est-à-dire après le travail de M. Brocq), nous pouvons donner un nom plus court sans crainte de voir en résulter une nouvelle confusion. Or, je fais la proposition de nommer désormais la dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives, de MM. Duhring et Brocq : *Hydroa*. Je connais les modifications suivantes de ce type :

1. *Hydroa simplex s. communis* (Hydroa commun);
2. *Hydroa gravis,* la variété grave ;
3. *Hydroa benignis s. subacuta,* variété bénigne ;
4. *Hydroa gravidarum;*
5. *Hydroa puerorum*, Hydroa héréditaire des enfants.

La dernière variété se distingue de la forme commune par l'ensemble des caractères suivants :

1. Le début dans les premières années de la vie ;
2. Les rechutes continuelles pendant l'enfance ;
3. Le maximum des attaques dans la saison chaude ;
4. La polymorphie peu accentuée de l'exanthème, qui est composé presque uniquement d'érythèmes papuleux, de vésicules et bulles non pustuleuses ;
5. La prédominance des douleurs sur le prurit, lequel prédomine au contraire chez les adultes;
6. L'acuité des accès;
7. La dépression constante de l'état général même avant l'apparition de l'exanthème ;
8. L'affaiblissement lent, spontané des accès, eu égard à l'étendue, à l'intensité, à la durée et au nombre vers l'époque de la puberté ;
9. La disparition de la maladie ou sa réduction extrême à l'âge adulte ;

11. Probablement la prédilection pour le sexe masculin (car les cinq malades que j'ai observés jusqu'ici étaient tous des garçons).

M. le Professeur de Amicis (Naples) : J'ai publié, en 1882, dans le *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, sous le nom de « Caso singolarissimo di dermatite pemfigoïde esfoliativa seguita da eritema papulato, anulare, girato, orticato, con recidiva a tipo biennale ed annuo e nigrizie residuale consecutiva », une observation que je ne pouvais à cette époque rattacher à aucun type connu, et dont les caractères sont résumés dans le long titre de mon article.

Cette affection complexe, qui ne répondait à aucun des types clas-

siques au moment où je l'observais, doit, je le déclare aujourd'hui, être rapportée à la dermatite herpétiforme.

M. le Dr Vidal présente une malade de son service atteinte d'une affection bulleuse qu'il considère comme une *dermatite herpétiforme.*

M. le Dr H. Feulard présente un malade du service de M. le professeur Fournier atteint également d'une éruption bulleuse. Ce malade a été vu, il y a deux semaines, par M. le professeur Duhring, de passage à Paris, et M. Duhring a déclaré que l'éruption présentée par ce malade pouvait être considérée comme un type de la maladie qu'il a nommée dermatite herpétiforme.

M. Kaposi : Je n'aurais aucune objection à faire contre le nom de *Dermatitis herpetiformis.* Mais il faudrait qu'il soit clairement entendu qu'il ne pourrait s'agir tout d'abord que d'une signification de sens général. Cela me rappelle la question du pityriasis rubra. Celui qui n'a pas encore assez vu, ainsi que le profane qui n'est pas encore influencé par la lecture des traités de dermatologie, nommera ce qu'il aura vu. Il voit la peau rouge et squameuse et, s'il a retenu quelque chose de son grec et de son latin, il se dira πιτυρον, c'est la squame; rouge, c'est *ruber*, alors il dira c'est un *pityriasis rubra ;* et celui qui ne sait ni grec ni latin dira dans sa langue native la même chose. Mais le médecin, à mesure qu'il fait des progrès dans la science médicale parviendra à distinguer que tantôt c'est un eczéma, tantôt un psoriasis ou un pemphigus foliacé ou encore un lichen ruber ou un érythème toxique, etc., etc., qui a amené la rougeur et la desquamation générale, et à mesure qu'il sera capable de faire cette distinction, il nommera chaque cas selon cette origine pathologique et le cadre de son pityriasis rubra se restreindra jusqu'à ne plus contenir que le vrai et seul pityriasis rubra.

Il en est de même avec la dermatite herpétiforme.

La lettre de M. Duhring, qui vient d'être lue, ne pouvait venir plus à propos. Avant ma publication sur l'*Impetigo herpetiformis* — qui du reste n'est pas l'impétigo herpétiforme de Kaposi, mais de Hebra, parce que c'est celui-ci qui l'a décrit le premier, et très complètement décrit, — il était bien difficile de se former une idée complète de cette maladie d'après la description seule ; de même que pour un paysage, ce n'est que la propre vue qui en donne l'idée réelle. M. Duhring avait compris l'impétigo herpétiforme dans le cadre de sa dermatite herpétiforme, aussi longtemps qu'il n'avait pas vu mes planches. Maintenant il en a reçu une idée exacte et il l'a enlevé de son cadre de dermatite herpétiforme. S'il en avait vu un malade même, il l'aurait fait encore plus tôt. Il en est de même avec mon

xeroderma pigmentosum: la description que j'en avais faite dix ans avant était aussi complète que celle que j'en ai donnée dix ans plus tard; mais c'est seulement depuis cette dernière publication, qui était accompagnée de planches, que l'on en a vu partout.

Revenons donc à la dermatite herpétiforme.

Il n'y a pas un seul symptôme de cette maladie, en les parcourant tous dans la description de Duhring et de Brocq, qui ne soit pas connu depuis longtemps, comme appartenant à des affections connues.

Prenons par exemple le pemphigus. La maladie débute généralement par des éruptions d'érythème polymorphe, des érythèmes annulaires, papuleux, la formation de bulles, du prurit, des douleurs, de l'insomnie, de la fièvre, etc., et ces symptômes persistent pendant la durée de cette première éruption.

Les mêmes formes se trouvent avec les mêmes symptômes concomitants dans l'affection connue sous le nom d'érythème multiforme de Hebra ou polymorphe selon la dénomination ultérieure. En présence d'un tel cas, le médecin qui a peu d'expérience dira : C'est la dermatite herpétiforme. Le médecin plus expérimenté dira dans ce cas : C'est l'érythème polymorphe, parce que la maladie a débuté par des poussées occupant simultanément la face dorsale des deux mains et des pieds. Et avec cela il aura fait un diagnostic nosologique, parce qu'il pourra dire au malade atteint, qu'il ne doit pas s'inquiéter, que cela durera trois à six semaines et qu'il guérira. Même pour les cas récidivants, comme on en reconnaît revenant chaque année dans la même saison, ou provoqués par des irritations nerveuses ayant leur point de départ dans les affections sexuelles des femmes, comme l'herpes gestationis, ou provenant des affections intestinales, des reins, etc., le pronostic sera de même favorable. Voilà un diagnostic nosologique.

Dans un autre cas, si les mêmes éruptions débutent sur la région sternale ou sur le cuir chevelu ou sont dispersées irrégulièrement, suivant un type différent de l'érythème polymorphe, le médecin qui s'y connaît dira : Oh ! c'est un malheur, c'est le pemphigus ; et il aura énoncé avec ce diagnostic un pronostic incertain, la déclaration d'une maladie grave, de longue durée ou à évolution rapide, mettant la vie en danger, puisque la plupart des pemphigus mènent à la mort, même après beaucoup d'années. Il y a cependant, vous le savez, des cas plus bénins — pemphigus solitarius, benignus, etc.

Dans le pemphigus, on trouve tous les symptômes et exactement les mêmes symptômes que Duhring et Brocq réclament pour la dermatite herpétiforme. Des périodes à grosses bulles, d'autres à petites vésicules ou mixtes, des intervalles de parfaite santé ou d'éruptions solitaires, puis

nouvelle récidive aiguë, généralisée, de la fièvre, des érythèmes annulaires, des éruptions papuleuses, de l'urticaire, etc., des bulles, des dermatites et des pustules consécutives, amaigrissement, etc., et tout cela pendant des années, jusqu'à ce qu'il s'établisse un pemphigus serpiginosus ou même exfoliativus ou crouposus ou vegetans suivi de mort.

Il y a encore le pemphigus pruriginosus de Hebra, presque aussi dangereux que le pemphigus foliaceus, où l'on parvient très rarement à voir des bulles, parce que les malades déchirent l'épiderme sur l'endroit même de l'éruption avant la formation complète de la bulle, forcés qu'ils sont de se gratter par le prurit intense.

Nous ignorons presque totalement la cause et du pemphigus et de l'érythème multiforme ; nous connaissons, pour quelques cas individuels, les causes de poussées éruptives ; mais nous connaissons la différence qui existe entre un pemphigus et un érythème multiforme. Il faut donc tâcher d'en faire le diagnostic nosologique et non seulement le diagnostic linguistique. Pour moi, par conséquent, le cas présenté comme dermatite herpétiforme du service de M. Fournier est un pemphigus, et je ne comprends pas pourquoi les dessins que M. Schwimmer vient de présenter ne seraient pas du pemphigus, car ils me montrent, sous tous les rapports, les caractères du pemphigus, et quant à l'éruption cutanée, et quant à la marche.

Mais, comme il y aura toujours des cas qui seront bien difficiles à diagnostiquer ou individuellement ou objectivement, les partisans de la dermatite herpétiforme se serviront de ce titre. Mais alors, il faut avouer que ce ne sera que le diagnostic de l'embarras, puisque toutes les fois qu'il sera possible de diagnostiquer ou pemphigus ou érythème multiforme, le diagnostic de dermatite sera sans raison.

A mesure donc que le médecin tâchera de faire le diagnostic réel, le nombre des cas de dermatite herpétiforme diminuera; il restera plus considérable pour ceux qui, à ce qu'il semble, veulent abolir l'existence du pemphigus et de l'érythème polymorphe, mais qui n'aboliront pas la terminaison mortelle du pemphigus ; il deviendra plus restreint pour ceux qui feront le diagnostic spécial, comme je viens de dire, ou même presque nul, comme pour moi.

Il restera toujours des cas obscurs pour l'un ou pour l'autre des observateurs, ou pour tous, obscurs soit à une époque, soit pendant toute la durée de l'observation. Si l'on voulait réserver pour de tels cas le titre de dermatite herpétiforme, je n'aurais aucune objection à y faire, comme j'ai eu l'honneur de le dire en commençant; mais il faut aussi être d'accord sur ce point, que nous n'aurons fait alors que le diagnostic que ferait quelque profane, qui ne pourrait nommer autrement

la maladie, voyant la peau inflammée et couverte de vésicules ; un diagnostic de profane, dis-je, parce que là où nous ignorons, nous sommes des profanes, nous aussi.

M. Unna : Je n'ajoute qu'un mot de réponse à l'argumentation de M. Kaposi. Je crois, après ce qu'a dit Duhring et après la merveilleuse critique de ses travaux faite par M. Brocq, je crois que le doute n'est plus permis : avec les quatre groupes de symptômes que vient d'énumérer M. Brocq, la maladie de Duhring est constituée comme entité morbide.

M. Kaposi, parlant de ce groupe morbide, dit qu'il faudra le restreindre, qu'il a besoin d'être mieux délimité ; il me semble que maintenant la chose est faite et la question résolue.

C'est là ce qui a déjà été fait pour l'érythème polymorphe, si bien décrit par l'École de Vienne ; c'est ce qui reste à faire pour le *pemphigus*. Si ce travail n'est pas l'œuvre de cette même École, il sera certainement celle de l'École de Paris.

M. Schwimmer : J'ai seulement quelques remarques à présenter à propos de la communication de M. Kaposi. Il est vrai qu'on a élargi le cadre de la maladie dont il a été question, mais il y a certainement des formes tout à fait différentes nécessitant des dénominations diverses.

Certaines maladies bulleuses ne peuvent rentrer dans le « pemphigus ». Ainsi, quelques auteurs allemands, Gerhardt et Wunderlich, ont décrit certains cas de fièvre rémittente avec éruption pemphigoïde ; l'*érythème iris* ne saurait être appelé *pemphigus*.

Une maladie caractérisée par des poussées vésiculeuses n'est pas toujours un pemphigus ; le diagnostic immédiat ne saurait être fait ; ce n'est qu'après un certain laps de temps, et en raison de l'évolution de la maladie, qu'on pourra s'arrêter à un diagnostic précis.

En somme, le terme de pemphigus ne peut être appliqué à toutes les formes d'éruption vésiculeuse généralisée.

M. Brocq : M. Kaposi vient de nous dire que, si on se trouve en présence d'une affection bulleuse et si on éprouve un embarras à en reconnaître la nature, on pose le diagnostic de dermatite herpétiforme, et que, au contraire, si elle présente certains caractères particuliers qui permettent de ne pas être embarrassé, on pose le diagnostic de pemphigus.

Je suis, pour ma part, et je crois ne pas être seul, d'un avis diamétralement opposé : le diagnostic qui dénote l'embarras de son auteur

est le diagnostic de pemphigus; au contraire, le diagnostic de dermatite herpétiforme est un diagnostic de certitude, un diagnostic ferme, et lorsque l'on se trouve en présence d'un cas offrant les quatre grands caractères que j'ai déjà énumérés, il n'y a pas d'hésitation possible : c'est à une dermatite herpétiforme, à une dermatite polymorphe prurigineuse chronique que l'on a affaire.

Je ne saurais, d'ailleurs, assez hautement reconnaître qu'il y a, en dehors de la dermatite herpétiforme, des éruptions bulleuses qui ne doivent pas être confondues avec elle : tels sont le pemphigus des nouveau-nés, le pemphigus végétant, etc.

Quant à la dénomination à imposer à cette maladie, je ne tiens pas plus à celle de dermatite polymorphe prurigineuse chronique qu'à celle de dermatite herpétiforme, et je suis prêt à adopter telle autre dénomination plus exacte et plus courte que l'on viendra proposer. Je dois cependant devoir faire une remarque à propos de la dénomination d'*hydroa* que M. Unna proposait tout à l'heure et que j'accepte volontiers : en France, le nom d'hydroa s'applique actuellement à l'herpès iris de Bateman ; si on l'appliquait à la dermatite herpétiforme de Duhring, il faudrait cesser de donner ce nom à l'herpès iris de Bateman.

La discussion est close.

II

DISCUSSION DE LA QUESTION IV.

Du trichophyton. — Des dermatoses trichophytiques.

I. — Mycologie, espèces, cultures, transmission expérimentale, contagion.
II. — Prophylaxie et traitement.

M. Butte (Paris) : Depuis qu'on connaît bien la nature parasitaire de la teigne tondante, toutes les tentatives de traitement dirigées contre cette affection si tenace ont eu pour base, en première ligne, l'épilation, et en deuxième ligne, les parasiticides.

L'épilation est évidemment un mode de traitement excellent, qui a fait ses preuves et dont personne ne peut contester l'efficacité. Quant aux parasiticides, il ne semble pas qu'ils aient donné jusqu'ici d'aussi bons résultats lorsqu'on les a employés seuls ; pour MM. Besnier et Doyon (1) ils paraîtraient, en effet, exercer une action bien faible, et ces éminents dermatologistes pensent même que les médecins qui ont cru obtenir de bons effets de l'emploi des médicaments de ce genre ont été le jouet d'une illusion. Les lotions avec la solution de sublimé, les frictions avec des pommades mercurielles ou iodées ne paraissent pas activer beaucoup la guérison de la maladie et il faut, pour l'obtenir, souvent plus d'un an, ce qui ne permet pas de conclure en faveur de l'efficacité de ces agents médicamenteux puisque, dans un certain nombre de cas, la guérison survient par élimination spontanée dans un laps de temps sensiblement égal.

Malgré cette sorte de défaveur qui s'attache à l'emploi exclusif des parasiticides et qui peut s'expliquer si l'on songe à la pénétration difficile du toxique dans les points attaqués par le trichophyton, je ne me suis cependant pas rebuté. D'une part, la douleur causée par l'épilation

(1) Besnier et Doyon. Traduction de Kaposi, t. II, p. 437.

et la difficulté de trouver partout de bons épileurs; d'autre part, les résultats merveilleux obtenus dans le traitement d'autres affections parasitaires à l'aide des parasiticides seuls, m'ont engagé à poursuivre méthodiquement cette étude. Grâce au vaste champ d'expériences que j'ai trouvé à l'école des teigneux de l'hôpital Saint-Louis, dirigée par mon maître, le Dr Quinquaud, j'ai, depuis un an et demi, essayé un certain nombre de substances, et c'est le résultat de ces recherches que je viens soumettre brièvement au Congrès.

Une des plus grandes difficultés dans le traitement de la teigne tondante est de faire arriver le topique au contact des parasites : l'eau, l'alcool, l'axonge, la vaseline et les différents excipients employés jusqu'ici exercent surtout une action superficielle et ne pénètrent pas jusqu'aux couches profondes de l'épiderme. Il s'agissait de trouver un excipient jouissant d'un pouvoir pénétrant plus considérable. J'ai songé à la lanoline. Cette graisse, qu'avait du reste déjà conseillée M. Féréol à propos d'une communication de M. Hallopeau (1) sur le traitement de la teigne tondante, possède, d'après le professeur O. Lassar, un pouvoir pénétrant considérable et porte les substances qui lui sont associées non seulement dans toutes les couches de l'épiderme, mais aussi dans le derme lui-même et les glandes sébacées. Outre ces propriétés pénétrantes, la lanoline jouit de propriétés absorbantes rapides et considérables, de telle sorte que les substances toxiques pénètrent presqu'en totalité dans l'organisme et ne peuvent être employées sans danger à dose un peu forte.

Une fois muni de cet excipient, j'ai essayé de lui associer différents parasiticides. Il fallait d'abord exclure ceux qui sont toxiques à faible dose pour l'homme puisque, avec la lanoline, ils sont facilement absorbés ; aussi ai-je renoncé au sublimé et aux autres sels de mercure qui, employés même avec précaution, amènent assez rapidement de la salivation.

J'ai ensuite essayé le nitrate d'argent dans une pommade ainsi formulée :

Lanoline	90 grammes.
Nitrate d'argent.	10 —

Chez six enfants traités de cette manière pendant cinq à six mois, je n'ai pas obtenu de résultats satisfaisants ; il y a bien eu de l'amélioration, mais la guérison complète n'a pas été observée. De plus, j'ai constaté chez quelques malades un certain degré d'irritation du cuir chevelu après l'emploi de cette pommade.

(1) Société de thérapeutique, 26 mars 1888.

J'ai eu alors recours à l'iode, dont l'action sur le trichophyton est si énergique; la teinture d'iode se combinant mal avec la lanoline, j'ai songé à utiliser un composé iodé qui n'a pas encore été employé en médecine. Ce composé est le *protochlorure d'iode*, dont les deux éléments constituants sont des antiseptiques puissants.

Les expériences que j'ai faites m'ont montré que, à dose extrêmement faible, 10 centigrammes pour 1,000, il empêchait le développement du trichophyton dans les bouillons de culture appropriés. De plus, son pouvoir toxique pour les animaux supérieurs est assez faible, puisque j'ai pu en faire ingérer à un chien, à l'état de solution, 1 gramme par jour pendant six jours sans provoquer d'accidents sérieux. Rien ne s'opposait donc à ce qu'il fût essayé pour l'usage externe.

J'ai fait une pommade ainsi composée :

Lanoline.	90 grammes.
Protochlorure d'iode	10 —

Verser lentement le protochlorure sur la lanoline et triturer avec précaution.

Cette pommade est d'un beau jaune et, dans les deux ou trois jours qui suivent sa préparation, le composé chloro-iodé paraît ne pas subir d'altération ; ce n'est qu'après ce laps de temps que la pommade devient noirâtre, probablement par suite d'une décomposition du chlorure d'iode et d'une action de l'iode sur la lanoline. Il est donc bon de n'employer que de la pommade fraîche et de la faire renouveler tous les deux jours.

Le traitement qui a été expérimenté sur neuf enfants de l'école des teigneux de l'hôpital Saint-Louis, choisis pour la plupart parmi les plus malades, consiste à faire tous les deux jours, sur toute la tête, préalablement rasée, une pulvérisation d'eau chaude. Quand la peau est un peu ramollie, on l'essuie et on frictionne les parties malades et les portions avoisinantes avec la pommade. La friction, qui doit être assez prolongée, une fois faite, on recouvre la tête et on l'abandonne jusqu'au surlendemain, pour recommencer tant que la guérison n'est pas obtenue. Il est très important de ne pas interrompre le traitement. Une interruption de huit à quinze jours fait perdre le bénéfice des soins antérieurs.

Voici, résumés dans un tableau, les résultats de ce nouveau traitement :

NOMS des MALADES	AGE	OBSERVATIONS	DÉBUT du TRAITEMENT	DATE de la GUÉRISON	DURÉE du TRAITEMENT
Vo. (Eugène).	8 ans.	Malade depuis le mois d'août 1888, larges placards sur les parties latérales de la tête.	7 nov. 1888.	15 avril 1889.	5 m. 8 j.
Ev. (Michel).	9 —	Malade depuis 8 mois, nombreux petits placards disséminés sur toute la tête.	16 nov. 1888.	1 avril 1889.	4 m. 14 j.
Br. (Louis). .	9 1/2	Malade depuis 5 ans, toute la tête est atteinte.	7 déc. 1888.	30 avril 1889.	4 m. 23 j.
Ra. (Honoré).	9 —	Malade depuis 6 mois, presque toute la tête est prise.	27 déc. 1888.	7 mai 1889.	4 m. 10 j
Ca. (Sylvestre)	12 —	Malade depuis 4 ans, toute la tête est prise.	25 fév. 1889.	15 juin 1889.	3 m. 20 j.
Jo. (Rosalie).	8 —	Malade depuis 4 mois, très nombreuses plaques sur toute la tête.	7 mars 1889.	25 juin 1889.	3 m. 18 j.
R. (Louis). . .	11 —	Malade depuis 3 mois, large placard sur le sommet de la tête.	9 mars 1889.	15 juin 1889.	3 m. 6 j.
(B. (Alfred). .	9 —	Malade depuis 2 mois, placard au sommet de la tête.	15 mars 1889.	25 juin 1889.	3 m. 10 j.
Le. (Marthe).	8 1/2	Malade depuis 3 mois, large placard à la partie postérieure de la tête, — nombreuses petites plaques disséminées.	18 mars 1889.	25 juin 1889.	3 m. 8 j.

Il est facile de se rendre compte, par la lecture de ce tableau, que la durée du traitement, au minimum de trois mois, n'a pas dépassé cinq mois; cependant, dans aucun cas, je n'ai employé l'épilation. Il semble donc qu'on peut obtenir, sans épilation, rien qu'en se servant d'un parasiticide et d'un excipient spécial, des guérisons rapides de la teigne tondante, plus rapides même que celles qu'on avait observées jusqu'ici puisque, d'après Bazin, on obtient la guérison en six mois avec l'épilation et que, suivant Besnier et Doyon, il faut, pour guérir les enfants, dix, douze, dix-huit et même vingt mois de soins.

Peut-être suis-je tombé sur une série heureuse; mes observations ne sont sans doute pas en assez grand nombre pour permettre de con-

clure en faveur de l'efficacité absolue de mon traitement; cependant, je crois qu'elles sont suffisantes pour engager les médecins à l'expérimenter. La facilité de son application, qui ne nécessite ni outillage ni personnel spécial, son innocuité, plaident en faveur d'une pareille tentative.

J'ajouterai que, chez deux enfants, la pommade à 1 p. 10 a déterminé une légère poussée phlegmasique du côté du cuir chevelu; il m'a suffi, pour éviter cet inconvénient, de réduire la dose de protochlorure d'iode et d'employer la pommade à 1 p. 20.

M. Quinquaud : A l'aide de traitements divers, épilation, sublimé, teinture d'iode, vaseline iodée ou boriquée, rasure, —les traitements de M. Lailler, de M. Besnier, — pommade à l'acide pyrogallique, chrysophanique, salicylique, phénique, chrysarobine, ichthyol, résorcine, l'eau oxygénée, parfois à l'aide de simples soins de propreté, je suis arrivé à guérir sans alopécie la teigne tondante après un laps de temps qui varie suivant un grand nombre de circonstances (durée antérieure de la maladie, âge du sujet, nombre des plaques, terrain, etc.).

En 1888, j'ai pris la direction médicale des écoles de l'hôpital Saint-Louis et je me suis vu, à certains moments, en présence de 150 à 160 teigneux; j'ai suivi, pour les uns, les traitements susnommés ; pour les autres, j'ai modifié de différentes manières les médicaments en usage et, après huit mois d'essai, je n'obtenais qu'un nombre trop restreint de guérisons : pendant l'année, je ne constatai que douze guérisons.

J'étais loin d'être satisfait de mon intervention, qui me paraissait bien peu active ; c'est alors que j'employai la lotion mixte suivante :

Biiodure d'hydrargyre.	0 gr. 15
Bichlorure d'hydrargyre	1 gr.

Triturer dans un mortier et dissoudre avec :

Alcool à 90°.	40 grammes.
Ajouter eau distillée	250 —

puis successivement les emplâtres au biiodure et au bichlorure, enfin le *grattage* superficiel, combiné avec l'épilation restreinte et le *pansement par occlusion* à la gélatine ou à la gutta-percha.

Voici de quelle manière on traite actuellement les teigneux des écoles de l'hôpital Saint-Louis :

Les cheveux sont coupés très courts avec des ciseaux ou rasés deux centimètres autour de la lésion ou parfois sur toute la tête, si les parasites sont disséminés; puis, tous les matins, la tête est savonnée avec de

l'eau chaude en hiver, à la température ambiante pendant l'été; on fait ensuite une friction générale avec la *lotion mixte*. S'il existe des éruptions concomitantes, on ajoute des pulvérisations.

Au préalable, les régions malades sont ruginées avec un instrument spécial, une sorte de grattoir à lame peu tranchante et courbée sur le manche métallique à angle de 45 degrés — ce grattage enlève les squames et, avec elles, une grande quantité de végétations trichophytiques de l'épiderme, et des cheveux brisés. On peut également épiler d'abord la périphérie des plaques et ruginer ensuite.

On attend ensuite une semaine environ, quelquefois plus, et dans l'intervalle on gratte une ou deux fois; enfin, l'on termine par une épilation. Au bout de huit jours, le premier nettoyage a rendu les cheveux moins friables, moins cassants, et l'épilation se fait dans de meilleures conditions.

Suivant la présence ou l'absence de cheveux engainés et de végétations cryptogamiques à la surface de l'épiderme et des cheveux (après examen histologique), on rugine tous les huit, douze, quinze jours. Cette ablation de l'épiderme est peu douloureuse; en général, les enfants la supportent bien; à peine s'il survient un peu d'inflammation; dans quelques cas, cependant, j'ai été obligé de faire du stypage au chlorure de méthyle ou l'anesthésie par la cocaïne. La rugine doit enlever l'épiderme siégeant autour des lésions apparentes dans l'étendue d'un centimètre environ.

On termine le pansement par une friction à la lotion mixte. On applique ensuite une rondelle d'emplâtre mixte fait avec :

Biiodure d'hydrargyre. . . .	0 gr. 15
Bichlorure d'hydrargyre. . .	1 gr.
Emplâtre simple	250 gr.

De cette manière, le trichophyton est soustrait à l'action de l'air et reste en contact permanent avec les agents parasiticides; sous l'influence de ces topiques, la teinte grisâtre et l'aspect granité des plaques s'atténuent et cessent assez rapidement. Les premières applications peuvent provoquer quelques pustulettes; aussi, afin d'éviter toute action tant soit peu nuisible, faut-il ne laisser l'emplâtre en place que pendant quarante-huit heures, cesser deux jours, puis y revenir de nouveau. Chez plusieurs enfants j'ai pratiqué le traitement par occlusion dans toute sa rigueur : les plaques sont recouvertes d'agent parasiticide, bichlorure ou biiodure, acide pyrogallique, chrysophanique, et pardessus on applique des couches successives d'enduits imperméables; le pansement est laissé en place plusieurs semaines; le parasite est privé

d'air, c'est une bonne condition pour entraver sa vitalité en trois semaines à un mois. Les résultats sont satisfaisants. Les enfants peuvent aller à l'école avec de faibles chances de contagionner.

On peut également combiner cette manière de faire avec des applications de pommade au protochlorure d'iode au vingtième, pommade qui vient d'être employée avec succès par mon chef de laboratoire, M. le Dr Butte.

Ce mode de traitement, qui doit être fait avec soin, m'a paru beaucoup plus favorable que nombre d'autres; grâce à lui, j'ai pu renvoyer dans leurs foyers et rendre à la vie commune 102 enfants, auxquels il faut en ajouter 6 de la consultation externe et 5 de la ville : total, 113 guérisons depuis dix mois.

On m'objectera les séries heureuses, les coïncidences favorables : cela est possible pour quelques cas, mais cela ne peut pas l'être pour un aussi grand nombre, d'autant plus que, si j'ai changé ma manière de faire, c'est parce que la plupart des lésions trichophytiques étaient en pleine germination après plusieurs mois de traitement par les médications ordinaires.

Quant à l'objection de guérison apparente, je la repousse, parce que beaucoup sont guéris depuis quatre et cinq mois; quelques-uns seulement, depuis deux mois.

Je ne saurais trop remercier les personnes qui ont exécuté mes prescriptions avec une régularité digne des plus grands éloges.

Voici maintenant la liste complète des enfants guéris, soit à l'aide de la lotion mixte seule, soit avec l'association de l'emplâtre mixte et du grattage; quelques malades ont été guéris par l'application de la pommade au protochlorure d'iode. Je cite les cas sans les catégoriser, me proposant de compléter ce travail par d'autres exemples.

GARÇONS

1. A... (Paul), né à Paris, dix ans, rue Cauchois, 5.

Est atteint d'une teigne tondante prise à l'école. Malade quatre mois avant son entrée ; soigné deux mois à la consultation de Saint-Louis.

Entré à Saint-Louis le 17 août 1888.

Pas d'épilation, pas de grattage. Rasé tous les huit jours ; sublimé ; lotion mixte tous les huit jours depuis le mois de septembre.

Guéri le 5 janvier 1889. — *Durée totale de la maladie : neuf mois; lotion mixte, quatre mois.*

2. C... (Maurice), né à Paris, sept ans et demi, rue Lacharrière, 9.

A pris la teigne à l'école de la rue Folie-Méricourt. Malade depuis un mois ; non soigné avant son entrée.

Entré à Saint-Louis le 1er juin 1887. Soigné pendant un an à la teinture d'iode et au sublimé.

Lotion mixte et lotion excitante depuis le 15 juin 1888. Pas de grattage; épilation, deux fois ; rasé tous les huit jours.

Guéri le 24 janvier 1889. — *Durée totale : vingt mois; lotion mixte, six mois et demi.*

3. H... (Hippolyte), né à Paris, rue Saint-Maur, 142.

A pris la teigne tondante d'une camarade. Malade seize mois avant son admission ; traité six mois à la consultation de Saint-Louis. Entré à Saint-Louis le 16 août 1887; traité au sublimé et à la vaseline iodée.

A partir du mois de juin 1888, lotion forte au sublimé et lotion excitante tous les jours ; rasé tous les huit jours. Pas d'épilation ni de grattage.

Guéri le 16 janvier 1889. — *Durée totale : vingt-deux mois et demi; lotion forte au sublimé, sept mois et demi.*

4. C... (Louis), né à Paris, passage de la Brie, 6.

A pris la teigne tondante à l'école il y a quelques jours. Non traité. Entré à l'hôpital Saint-Louis le 9 janvier 1889. Rasé tous les huit jours. Pas d'épilation, grattage.

Guéri le 5 janvier 1889. — *Durée totale : un an; lotion mixte, trois mois et demi.*

5. C... (Albert), né à Paris, neuf ans, rue de Turenne.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade un mois. Traité à la consultation de Saint-Louis.

Admis le 16 mars 1887. Traité, pendant six mois, au sublimé et au pansement par occlusion.

Guéri le 26 mars 1889. — *Durée totale : deux ans; lotion mixte, six mois.*

6. K... (Georges), né à Paris, douze ans, faubourg Saint-Martin, 263.

A pris la teigne tondante à l'école, rue des Écluses-Saint-Martin, 40. Malade depuis un mois. Non soigné. Admis à Saint-Louis le 8 février 1888. Traité, pendant un mois, au sublimé et à l'emplâtre mixte.

Lotion mixte depuis le mois d'octobre; épilé trois fois. Pas de grattage.

Guéri le 26 mars 1889. — *Durée totale : quatorze mois; lotion mixte.*

7. B... (Lucien), né à Paris, âgé de dix ans, rue Bisson, 22.

A contracté la teigne tondante à l'école, passage Belleville, 14. Malade trois mois avant son entrée. Non soigné.

Admis à Saint-Louis le 19 septembre 1888. Rasé tous les huit jours. Pas d'épilation ni de grattage, traitement par occlusion.

Guéri le 26 mars 1889. -- *Durée totale : dix mois.*

8. R... (Alfred), né à Paris, âgé de douze ans, rue Oberkampf, 44.

A pris la teigne tondante à l'école, rue du Marché-Popincourt. Malade deux mois avant l'admission. Non traité.

Admis à l'hôpital Saint-Louis le 10 mai 1888. Rasé tous les huit jours; lotion mixte en octobre tous les jours. Pas d'épilation ni grattage. (S'est absenté souvent.)

Guéri le 13 avril 1889. — *Durée totale : un an et demi; lotion mixte, six mois.*

9. W... (Eugène), né à Paris, âgé de six ans, rue Eugène-Sue, 18.

A contracté la teigne tondante à l'école, rue Flocon, 5. Malade un an avant son entrée.

Admis à Saint-Louis le 14 décembre 1887. Traité d'abord par le sublimé et la vaseline iodée. A partir du mois d'octobre 1888, lotion mixte et rasé tous les huit jours. Pas d'épilation ni de grattage.

Guéri le 13 avril 1889. — *Durée totale : vingt-huit mois; lotion mixte, six mois.*

10. Léon, né à Paris, âgé de sept ans, rue Sedaine, 40.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis deux mois. Non traité.

Entré à l'hôpital le 6 septembre 1888. Traité au sublimé, puis à la lotion mixte, à partir de novembre 1888. Rasé tous les huit jours. Pas d'épilation ni de grattage.

Guéri le 13 avril 1889. — *Durée totale : neuf mois ; lotion mixte, cinq mois.*

11. R... (Victor), né à Paris, âgé de sept ans, rue Robinet, 5.

A pris la teigne tondante à l'école. Traité à la consultation pendant deux ans. Admis à l'hôpital le 27 décembre 1886. Traité au sublimé et à la vaseline iodée jusqu'au 1er janvier 1888.

A partir du 1er mars 1888, rasé tous les huit jours; sublimé, lotion mixte tous les jours, depuis le mois d'octobre 1888. Pas d'épilation ni de grattage.

Guéri le 9 juin 1889. — *Durée totale : quatre ans et cinq mois; lotion mixte, huit mois.*

12. G... (Eugène), né à Paris, âgé de huit ans, boulevard de la Villette, 50.

A contracté la teigne tondante à l'école, rue Claude-Vellefaux, 66. Malade trois mois avant son entrée.

Admis le 3 juin 1887 à Saint-Louis. Traité, jusqu'au mois de mars 1888, avec le sublimé et la vaseline iodée.

A partir du 10 mars, rasé tous les huit jours : sublimé ; lotion mixte tous les jours, depuis le mois d'octobre. Ni épilation, ni grattage.

Guéri le 9 juin 1889. — *Durée totale : vingt-six mois ; lotion mixte, huit mois.*

13. M... (Édouard), né à Paris, douze ans, rue Petit, 104.

A pris la teigne tondante à l'école, rue de Meaux, 64. Malade depuis un mois. Non soigné. Admis à l'hôpital le 28 mars 1888. Épilé quatre fois et rasé tous les huit jours. Sublimé. Lotion mixte tous les jours, depuis octobre 1888. Pas de grattage.

Parti guéri le 9 juin 1889. — *Durée totale : quinze mois; lotion mixte, huit mois.*

14. D... (Alexandre), né à Paris, six ans, rue de la Présentation, 8.

A pris la teigne tondante à l'école, boulevard de Belleville, 77. Malade deux mois avant son entrée. Non traité. Admis à l'hôpital le 19 mars 1889. Rasé tous les huit jours. Sublimé. Lotion mixte tous les jours; grattage ; épilation, une fois.

Parti guéri le 19 juin 1889. — *Durée totale : cinq mois; lotion mixte, trois mois.*

15. L... (Victor), né à Paris, six ans et demi, rue Commines, 16.

A pris la teigne tondante à l'école, rue Parmentier (asile). Non traité. Admis à l'hôpital le 20 mars 1889. Rasé tous les huit jours. Lotion mixte tous les jours. Pas de grattage, pas d'épilation.

Parti guéri le 9 juin 1889. — *Durée totale, avec la lotion mixte : deux mois et demi.*

16. C... (Ferdinand), né à Paris, six ans, rue Fontaine-au-Roi, 36.

A pris la teigne tondante à Berck. Malade depuis un mois. Non traité. Admis à l'hôpital le 9 mai 1888. Rasé tous les huit jours. Sublimé. Lotion mixte tous les jours, à partir d'octobre 1888. Épilation, six fois; pas de grattage.

Parti guéri le 9 juin 1889. — *Durée totale : quatorze mois; lotion mixte, huit mois.*

17. J... (Victor), né à Paris, huit ans, rue des Chaufourniers, 36.

A pris la teigne tondante à l'école, rue Bolivar, 69. Malade depuis quinze jours avant son entrée. Non traité. Admis à l'hôpital le 8 mai 1889. Rasé tous les huit jours. Sublimé. Lotion mixte tous les jours ; lotion excitante tous les deux jours. Pas d'épilation, ni de grattage.

Parti guéri le 29 juin 1889. — *Durée totale : deux mois huit jours; lotion mixte, un mois vingt jours.*

18. P.... (Georges), né à Demangevelle, dix ans, avenue Ledru-Rollin, 150.

A pris la teigne tondante d'un camarade, en jouant. Malade six mois avant son admission. Non traité. Entré à l'hôpital le 5 juin 1889. Rasé tous les huit jours. Sublimé. Lotion mixte tous les jours. Pas d'épilation, grattage.

Parti guéri le 6 juillet 1889. — *Durée totale : sept mois; lotion mixte, un mois.*

19. T... (Paul), né à Paris, dix ans, rue Laborde, 3.

A contracté la teigne tondante à l'école. Malade deux mois avant son entrée. Non traité. Admis à l'hôpital le 5 décembre 1888. Rasé tous les huit jours. Sublimé et lotion mixte tous les jours ; lotion excitante tous les deux jours. Pas d'épilation, grattage.

Parti guéri le 5 février 1889. — *Durée totale : quatre mois; lotion mixte, deux mois.*

20. L... (Emmanuel), né à Paris, dix ans, rue Vandamme, 7.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade deux mois avant son entrée. Non traité. Admis à l'hôpital le 18 novembre 1888. Rasé tous les huit jours. Sublimé. Lotion mixte tous les jours. Pas d'épilation, ni de grattage.

Parti guéri le 13 avril 1889.— *Durée totale : sept mois; lotion mixte, cinq mois.*

21. G... (Henri), né à Paris, dix ans, boulevard de la Villette, 242.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade un mois avant son admission. Non traité. Admis à l'hôpital le 14 novembre 1888. Rasé tous les huit jours. Sublimé. Lotion mixte tous les jours. Épilé deux fois. Pas de grattage.

Parti guéri le 9 juin 1889. — *Durée totale : huit mois ; lotion mixte, six mois et demi.*

22. L... (Paul), né à Paris, douze ans, rue Simon-le-Franc, 29.

A contracté la teigne tondante auprès de sa sœur. Malade un mois avant. Non traité. Admis à l'hôpital le 12 juin 1889. Rasé tous les huit jours. Sublimé et lotion mixte tous les jours; lotion excitante tous les deux jours. Pas de grattage, ni d'épilation, traitement par occlusion.

Parti guéri le 19 juillet 1889. — *Durée totale : deux mois; lotion mixte, un mois.*

23. B... (Théophile), né à Paris, douze ans, boulevard du Temple.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis huit mois. Soigné cinq mois à la consultation.

Entré à l'hôpital le 12 juin 1889. Rasé tous les huit jours. Pas d'épilation, pas de grattage. Sublimé et lotion mixte.

Guéri le 6 juillet 1889. — *Durée totale : neuf mois; lotion mixte, un mois.*

24. B... (Maurice), né à Paris, huit ans, rue Turenne, 44.

A pris la teigne tondante à Vaujours (Seine-et-Oise). Malade depuis quinze jours. Pas soigné. Entré à Saint-Louis le 17 mars 1888. Rasé tous les huit jours. Pas d'épilation, grattage, depuis le mois de novembre 1888. Traité au sublimé ; lotion mixte.

Guéri le 5 janvier 1889. — *Durée totale: dix mois et demi; lotion mixte, deux mois.*

25. S... (André), né à Paris, neuf ans, rue de la Folie-Méricourt, 101.

A pris la teigne tondante aux Lilas. Malade depuis un mois. Non soigné. Entré à Saint-Louis le 4 juillet 1888. Rasé tous les huit jours. Pas d'épilation, pas de grattage. Lotion mixte depuis le mois d'octobre 1888.

Guéri le 24 janvier 1889. — *Durée totale : sept mois et demi ; lotion mixte, trois mois et demi.*

26. P... (Ernest), né à Paris, rue Nationale, 166.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade trois mois avant son entrée. Traité deux mois à la consultation.

Entré à Saint-Louis le 19 août 1887. Rasé tous les huit jours. Pas d'épilation, ni de grattage. Sublimé.

Guéri le 5 février 1889. — *Durée totale : dix-huit mois.*

27. C... (Daniel), né à Paris, neuf ans, à Puteaux.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade trois mois avant son admission. Entré à Saint-Louis le 26 octobre 1887.

Traité au sublimé et à la lotion mixte à partir du mois d'octobre 1888.

Guéri le 5 février 1889. — *Durée totale : seize mois; lotion mixte, quatre mois.*

28. L... (Daniel), né à Caudebec-les-Elbeuf, douze ans et demi, rue des Tilleuls, 8.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis deux mois. Non soigné. Entré à Saint-Louis le 15 septembre 1887. Rasé tous les huit jours. Pas de grattage. Epilé quatre fois. Sublimé. Lotion mixte depuis le mois de novembre 1888.

Guéri le 26 mars 1889. — *Durée totale : vingt mois; lotion mixte, six mois.*

29. D... (Gaston), né à Paris, six ans, rue Prébeval, 32.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade six mois avant son admission. Soigné à la consultation. Entré à l'hôpital Saint-Louis le 7 mars 1888. Soigné, pendant deux mois, à la vaseline iodée ; depuis le 7 avril 1888, rasé tous les jours, épilé trois fois par jour. Pas de grattage. Lotion mixte depuis novembre 1887.

Guéri le 26 mars 1889. — *Durée totale : dix-huit mois ; lotion mixte, six mois.*

30. P... (Gaston), né à Anderleck (Belgique), huit ans, rue du Vert-Bois, 35.

A pris la teigne tondante à l'asile de Vaucluse. Malade depuis un mois. Traité pendant deux mois à la consultation. Entré à Saint-Louis le 22 septembre 1887. Traité, pendant sept mois, à la vaseline iodée ; depuis le 22 avril, au sublimé. Rasé tous les huit jours. Pas de grattage. Épilé trois fois. Lotion mixte depuis novembre 1888.

Guéri le 13 avril 1889. — *Durée totale : vingt et un mois ; lotion mixte, cinq mois.*

31. P... (Gaston), né à Épernay, huit ans, rue Poulet, 18.

A pris la teigne tondante à l'école de Saint-Ouen. Malade depuis quatre mois, non soigné. Entré à Saint-Louis le 19 novembre 1886, soigné pendant un an et demi à la vaseline iodée. Depuis le 27 avril, traité au sublimé, rasé tous les huit jours, épilé deux fois, pas de grattage. Lotion mixte à partir du mois d'octobre 1888.

Guéri le 9 juin 1889. — *Durée totale : trente-quatre mois ; lotion mixte, huit mois.*

32. R... (Henri), né à Paris, huit ans, avenue des Gobelins, 56.

A été atteint de la teigne tondante à l'école. Malade depuis un mois, non soigné. Entré à Saint-Louis le 15 janvier 1887. Soigné pendant vingt mois à la vaseline iodée et au sublimé.

Depuis le 30 septembre, sublimé et lotion mixte ; pas d'épilation, pas de grattage.

Guéri le 9 juin 1889. — *Durée totale : vingt-neuf mois; lotion mixte, huit mois.*

33. M... Paul, né à Paris, sept ans et demi, rue Tanger, 8.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade sept mois avant son entrée, soigné à la consultation. Entré à Saint-Louis le 16 août 1886, soigné d'abord à la vaseline iodée et au sublimé. Lotion mixte à partir du mois d'octobre 1887. Pas de grattage, épilé deux fois.

Guéri le 7 juin 1889. — *Durée totale : vingt-neuf mois; lotion mixte, huit mois.*

34. S... Étienne, né à Paris, quatre ans, rue d'Aubervilliers, 68.

A pris la teigne tondante de son frère à Saint-Louis, le 8 octobre 1887. Soigné d'abord à la pommade turbith et au sublimé, puis à partir d'octobre 1888 au sublimé et à la lotion mixte ; pas de grattage, épilé quatre fois.

Guéri le 9 juin 1889. — *Durée totale : trente-deux mois; lotion mixte, huit mois.*

35. — G... (Joseph), né à Bruxelles (Belgique), rue de Ménilmontant, 106.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis un mois, soigné à la consultation. Entré à Saint-Louis le 25 mai 1888 ; rasé tous les huit jours; pas d'épilation, pas de grattage. Cataplasmes, pulvérisations, sublimé. Lotion mixte depuis le mois de novembre 1888.

Guéri le 6 juin 1889. — *Durée totale : treize mois; lotion mixte, sept mois.*

36. G... (Louis), né à Paris, cinq ans, rue de la Roquette, 53.

A été affecté de la teigne tondante à l'école depuis un mois. Non soigné. Entré à l'hôpital Saint-Louis le 9 mai 1889. Rasé tous les huit jours, pas d'épilation, pas de grattage. Traité au sublimé et lotion mixte.

Guéri le 9 juin 1889. — *Durée tòtale : deux mois; lotion mixte, un mois.*

37. P... (Félix), né à Paris, neuf ans, rue Secrétan, 8.

A pris la teigne tondante à l'école, aux Lilas. Malade depuis un mois, non soigné, entré le 4 juillet 1888, rasé tous les huit jours, pas de grattage, épilé trois fois, pulvérisation tous les deux jours, pommade à l'oxyde de zinc, sublimé. Lotion mixte tous les jours, depuis octobre 1888.

Parti guéri le 9 juin 1889. — *Durée totale : douze mois; lotion mixte, huit mois.*

38. C... (Victor), né à Paris, sept ans, avenue de Choisy, 32.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis un mois, non soigné. Entré le 19 septembre 1888, rasé tous les huit jours, grattage, épilé deux fois. Sublimé et lotion mixte tous les jours.

Parti guéri le 29 juin 1889. — *Durée totale : dix mois; lotion mixte, neuf mois.*

39. P... (Marius), né à Paris, sept ans, rue Jouve-Rouve, 24.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis deux mois. Non soigné. Entré à Saint-Louis le 22 mai 1889. Rasé tous les huit jours; épilé deux fois; pas de grattage. Sublimé et lotion mixte tous les jours.

Parti guéri le 6 juillet 1889. — *Durée totale : quatre mois*; *lotion mixte, un mois et demi.*

40. P... (Louis), né à Paris, six ans, rue Vincent, 15.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis deux mois. Non soigné. Entré à Saint-Louis le 8 mai 1889. Rasé tous les huit jours; pas d'épilation, ni de grattage. Sublimé et lotion mixte tous les jours.

Parti guéri le 6 juillet 1889. — *Durée totale : quatre mois; lotion mixte, deux mois.*

41. R... (Honoré), né à Paris, neuf ans, boulevard Saint-Marcel, 36 *bis*.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis six mois. Non soigné. Entré à Saint-Louis le 27 décembre 1888. Rasé tous les huit jours; traité à la pommade au chlorure d'iode; pulvérisation tous les deux jours. Sublimé.

Parti guéri le 9 juin 1889. — *Durée totale : onze mois.*

42. V... (Léon-Auguste), né à Paris, huit ans, rue de la Martinique, 6.

A contracté la teigne tondante à l'école. Malade depuis cinq mois. Non soigné. Entré à Saint-Louis le 12 décembre 1888. Rasé tous les huit jours; pas d'épilation, grattage. Sublimé et lotion mixte tous les jours.

Parti guéri le 26 janvier 1889. — *Durée totale : sept mois; lotion mixte, un mois et demi.*

43. S... (Paul), né à Paris, douze ans, rue de la Roquette, 71.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade deux mois avant son entrée. Soigné à la consultation. Entré à Saint-Louis le 14 novembre 1888. Rasé tous les huit jours; épilé trois fois; pas de grattage. Sublimé et lotion mixte tous les jours; pommade à l'oxyde de zinc.

Parti guéri le 29 juin 1889. — *Durée totale : neuf mois; lotion mixte, sept mois.*

44. T... (Léopold), né à Paris, onze ans, rue Marcadet, 18.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis quatre mois. Non soigné. Entré à Saint-Louis le 6 avril 1889. Rasé tous les huit jours; pas d'épilation, ni de grattage; pommade à l'oxyde de zinc. Sublimé et lotion mixte tous les jours.

Parti guéri le 24 juillet 1889. — *Durée totale : huit mois; lotion mixte, trois mois et demi.*

45. B... (Jules), né à Paris, six ans, rue de Belleville, 130.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis trois mois. N'a pas été traité. Entré à Saint-Louis le 28 avril 1887. Rasé tous les huit jours; traitement à la vaseline iodée, du 5 mai 1887 au mois d'avril 1888; depuis, traitement au sublimé. A été épilé quatre fois; pas de grattage. Lotion mixte, emplâtre mixte et sublimé tous les jours depuis le mois d'octobre 1888.

Parti guéri le 29 juin 1889. — *Durée totale : vingt-neuf mois; lotion mixte, neuf mois.*

46. S... (Jules), né à Paris, sept ans, rue d'Aubervilliers, 30.

A pris la teigne tondante auprès de sa sœur. Malade deux ans avant son

admission. Soigné à la consultation quinze mois. Entré à Saint-Louis le 16 juin 1888. Rasé tous les huit jours; épilé trois fois. Traitement : lotion excitante et sublimé; pas de grattage.

Parti guéri le 10 janvier 1889. — *Durée totale : trente et un mois.*

47. M... (Alexis), né à Paris, huit ans, rue Fontaine-au-Roi, 11.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis dix mois; traité deux mois à Sainte-Eugénie, deux mois à la consultation. Entré à Saint-Louis le 16 mars 1887. Rasé tous les huit jours; teinture d'iode, vaseline iodée, depuis son entrée jusqu'au mois de mars 1888; après, lotion au sublimé. Depuis le mois d'octobre 1888, lotion mixte tous les jours. Pas de grattage; huit épilations.

Parti guéri le 7 janvier 1889. — *Durée totale : trente et un mois; lotion mixte, emplâtre mixte, trois mois.*

48. M... (Louis), né à Paris, neuf ans et demi, rue Beaurepaire, 33.

A pris la teigne tondante à l'école de Vaujours (Seine-et-Oise). Malade depuis deux mois. Pas soigné. Entré à Saint-Louis le 7 novembre 1888. Rasé tous les huit jours; pulvérisations, pommade oxyde de zinc. Sublimé et lotion mixte tous les jours; grattage; pas d'épilation.

Parti guéri le 5 février 1889. — *Durée totale : cinq mois; lotion mixte, trois mois.*

49. V... (Ferdinand), né à Paris, neuf ans et demi, boulevard de la Chapelle, 25.

A pris la teigne tondante à l'école à Levallois. Malade depuis deux mois, soigné à la consultation, à été épilé. Entré à Saint-Louis le 18 août 1887, a été traité jusqu'au mois d'octobre 1888 avec le sublimé et la teinture d'iode. A partir de ce moment, lotion mixte tous les jours; a été épilé six fois. Pas de grattage.

Parti guéri le 26 février 1888. — *Durée totale: vingt mois; lotion mixte, cinq mois.*

50. S... (Jean), né à Toul (Meurthe-et-Moselle), huit ans et demi, rue d'Aubervilliers, 68.

A pris la teigne tondante auprès de son frère. Malade depuis un an. Traité à la consultation dix mois, entré à Saint-Louis le 5 octobre 1887. Soigné à la vaseline iodée, teinture d'iode et sublimé, du mois d'octobre 1887 au mois d'octobre 1888; depuis, pulvérisations, sublimé, lotion mixte tous les jours. Pas d'épilation ni grattage. Rasé tous les huit jours.

Parti guéri le 26 mars 1889. — *Durée totale : trente mois; lotion mixte, six mois.*

51. C... (Jules), né à Paris, neuf ans, avenue des Tilleuls, 6.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis un an, soigné chez lui. Entré à Saint-Louis le 23 août 1888. Rasé tous les huit jours; sublimé, lotion mixte, depuis octobre 1888. Pas d'épilation, grattage.

Parti guéri le 5 février 1889. — *Durée totale : dix-sept mois; lotion mixte, quatre mois.*

52. D... (Antony), né à Paris, dix ans, rue d'Angoulême, 4.

A pris la teigne tondante auprès de son frère. Malade depuis trois mois. Traité deux mois à la consultation. Entré à Saint-Louis le 27 février 1887. Rasé tous les huit jours, grattage trois fois, sublimé et lotion mixte tous les jours. Pas d'épilation.

Parti guéri le 13 avril 1889. — *Durée totale : quatre mois et demi; grattage et lotion mixte, un mois et demi.*

53. M... André, né à Paris, dix ans, rue de Nantes, 26.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis un mois. N'a pas été traité. Entré à Saint-Louis le 10 mars 1887. A été traité depuis mars 1887 jusqu'à octobre 1888 par la teinture d'iode, l'épilation, le sublimé la vaseline iodée. Depuis octobre 1888, pulvérisations, sublimé, lotion mixte tous les jours. Pas de grattage.

Parti guéri le 13 avril 1889. — *Durée totale : vingt-cinq mois ; lotion mixte, six mois.*

54. B... (Paul), né à Paris, neuf ans, boulevard de l'Hôpital, 147.

A pris la teigne tondante auprès de sa sœur. Malade depuis trois mois. Traité trois mois à la consultation. Entré à Saint-Louis le 1er juin 1888. Rasé tous les huit jours, épilé deux fois, sublimé, lotion mixte tous les jours, depuis octobre 1888. Pas de grattage.

Parti guéri le 9 juin 1889. — *Durée totale : quinze mois; lotion mixte, huit mois.*

55. W... (Victor), né à Paris, quatre ans et demi, rue Eugène-Sue, 18.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis six mois. Soigné en ville. Entré à Saint-Louis le 14 décembre 1887. Traité d'abord, avec le sublimé, la vaseline iodée, la teinture d'iode; puis, à partir d'octobre 1888, par le sublimé, la lotion mixte tous les jours et des pulvérisations. Rasé tous les huit jours. Pas de grattage.

Guéri le 9 juin 1889. — *Durée totale : vingt-quatre mois et demi; lotion mixte et emplâtre mixte, huit mois.*

56. B... (Jacques), né à Paris, sept ans, passage Dubois, 6.

A pris la teigne tondante à l'asile. Malade depuis quinze jours. N'a pas été soigné. Entré à Saint-Louis le 30 juin 1887. Pendant dix mois, rasure, vaseline iodée, sublimé, teinture d'iode. Depuis le mois d'avril 1888, rasé tous les huit jours, épilé huit fois, sublimé, lotion mixte tous les jours, depuis octobre 1888. Grattage fait quatre fois.

Parti guéri le 9 juin 1889. — *Durée totale : deux ans; lotion mixte, huit mois.*

57. M... Gaston, né à Paris, douze ans, passage Tocanier, 27.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis deux mois. Non traité. Entré à Saint-Louis le 6 mars 1889. Rasé tous les huit jours, lotion mixte, sublimé, tous les jours. Pas de grattage, ni d'épilation.

Parti guéri le 9 juin 1889. — *Durée totale : cinq mois; lotion mixte et emplâtre mixte, trois mois.*

58. J... (Victor), né à Noilliac, huit ans et demi, boulevard Ménilmontant, 73.

A pris la teigne tondante à Berck-sur-Mer. Malade depuis huit jours. Non traité. Entré à l'hôpital Saint-Louis le 2 février 1888 Rasé tous les huit jours, teinture d'iode, sublimé, épilé cinq fois. A été absent deux mois, janvier et février 1889. Pas de grattage. Lotion mixte et sublimé tous les jours depuis mars 1888.

Sorti guéri le 9 juin 1889. — *Durée totale : quinze mois; lotion mixte, trois mois.*

59. H... (Albert), né à Paris, dix ans, rue Saint-Maur, 140.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis huit jours. Non traité. Entré à Saint-Louis le 27 juin 1888. Rasé tous les huit jours; sublimé; pommade oxyde de zinc; compresses de guimauve. Épilé trois fois; lotion mixte tous les jours, depuis octobre 1888. Pas de grattage.

Parti guéri le 9 juin 1889. — *Durée totale : un an ; lotion mixte, huit mois.*

60. V... (Eugène), né à Saint-Denis, huit ans, rue Saint-Maur, 144.

A pris la teigne tondante à Issy. Malade depuis trois mois. Non traité. Entré à Saint-Louis le 28 octobre 1888. Traité par la pommade de chlorure d'iode tous les deux jours. A partir du 7 novembre 1888, pulvérisations tous les deux jours. Pas de grattage, ni d'épilation. Rasé tous les huit jours.

Parti guéri le 9 juin 1889. — *Durée totale : dix mois.*

61. F... (Édouard), né à Chambly, quatorze ans, rue de Lagny (Vincennes).

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis deux ans. Traité deux ans à la consultation. Entré à Saint-Louis le 13 mars 1887. Rasé tous les huit jours; sublimé; lotion excitante tous les jours. Pas de grattage, ni d'épilation.

Parti guéri le 25 juin 1889. — *Durée totale : deux ans et quatre mois; lotion mixte, trois mois et demi.*

62. D... (Ernest), né à Paris, sept ans, rue Corbeau, 4.

A pris la teigne tondante à Berck-sur-Mer. Malade un an avant son entrée. A été épilé à Sainte-Eugénie. Entré à Saint-Louis le 28 juillet 1887. A été traité par la vaseline iodée, le turbith et le sublimé. Depuis son entrée jusqu'au mois d'octobre 1888, sublimé, lotion mixte, pommade à l'oxyde de zinc. Pas de grattage, ni d'épilation.

Parti guéri le 6 juillet 1889. — *Durée totale : trois ans; lotion mixte, neuf mois.*

63. G... (Marc), né à Paris, sept ans, passage de la Brie, 6.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis six mois. Traité trois semaines à la consultation de Saint-Louis. Entré à Saint-Louis le 1er février 1888. A été traité avec la vaseline iodée, la pommade au turbith, la lotion de sublimé, jusqu'en octobre 1888; depuis, sublimé, lotion mixte tous les jours. A été épilé quatre fois. Pas de grattage. Rasé tous les huit jours.

Parti guéri le 6 juillet 1889. — *Durée totale : vingt-trois mois; lotion mixte, neuf mois.*

64. M... (Georges), né à Paris, dix ans et demi, rue Oberkampf, 98.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis trois mois. Non traité. Entré à Saint-Louis le 21 novembre 1888. Grattage fait six fois; emplâtre mixte dix fois. A été épilé six fois; rasé tous les huit jours; sublimé et lotion mixte tous les jours.

Parti guéri le 20 mai 1889. — *Durée totale : neuf mois; lotion mixte, six mois; emplâtre (occlusion quinze jours), trois mois.*

65. L... (Louis), né à Paris, huit ans, rue Vandamme, 7.

A contracté la teigne tondante de son frère. Malade depuis un mois. Non traité. Entré à Saint-Louis le 28 novembre 1888. Rasé tous les huit jours; sublimé et lotion mixte tous les jours. Pas d'épilation, grattage.

Guéri le 13 avril 1889. — *Durée totale : cinq mois et demi; lotion mixte, quatre mois et demi.*

66. E... (Michel), né à Paris, neuf ans, rue Boucher, 5.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis huit mois. Non traité. Entré à Saint-Louis le 14 novembre 1888. Pommade au chlorure d'iode et pulvérisation tous les deux jours, à partir du 16 novembre 1888. Pas de grattage, ni d'épilation. Rasé tous les huit jours. Sublimé.

Guéri le 13 avril 1889. — *Durée totale : treize mois.*

67. C... (Félix), né à Paris, huit ans, rue Saint-Martin, 255.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis un mois. Non traité. Entré à Saint-Louis le 12 décembre 1888. Rasé tous les huit jours; cataplasmes; sublimé; lotion mixte tous les jours. Pas de grattage, ni d'épilation.

Guéri le 19 mars 1889. — *Durée totale : quatre mois; lotion mixte et emplâtre, trois mois.*

68. D... (Gabriel), né à Paris, douze ans, passage d'Angoulême, 12.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis un mois. Non traité. Entré à Saint-Louis le 19 décembre 1888. Rasé tous les huit jours; sublimé et lotion mixte tous les jours. Pas de grattage, ni d'épilation.

Guéri le 13 avril 1889. — *Durée totale : cinq mois; lotion mixte et emplâtre, quatre mois.*

69. M... (Maurice), né à Paris, six ans, rue Bichat, 43.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade quatre mois avant son entrée. Non soigné. Entré à Saint-Louis le 30 juin 1887. Jusqu'au mois de mars 1888, vaseline iodée, turbith, teinture d'iode; depuis le mois d'octobre 1888, traité au sublimé et lotion mixte tous les jours. Pas de grattage, ni d'épilation. Rasé tous les huit jours. (S'est absenté souvent.)

Guéri le 9 juin 1889. — *Duré totale : vingt-huit mois; lotion mixte, huit mois.*

70. D... (Auguste), né à Paris, quatre ans et demi, rue du Faubourg-Saint-Martin, 172.

A été affecté de la teigne tondante, prise de son frère depuis quinze jours. Non traité. Entré à Saint-Louis le 22 mai 1889. Rasé tous les huit jours; lotion mixte tous les deux jours. Sublimé. Pas d'épilation, grattage.

Guéri le 9 juin 1889. — *Durée totale : deux mois; lotion mixte et emplâtre (occlusion complète pendant quinze jours).*

FILLES

1. A... (Antoinette), née à Paris, neuf ans, rue d'Angoulême, 70,

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis trois mois. Non soignée. Entrée à Saint-Louis le 7 mars 1888. Rasée tous les huit jours. Pas de grattage. Sublimé. Lotion mixte tous les jours à partir de novembre 1888.

Guérie le 9 juin 1889. — *Durée totale : dix-huit mois; lotion mixte, six mois.*

2. D... (Lucie), née à Chaumont (Haute-Marne), dix ans, rue Pétrelle, 26.

A contracté la teigne tondante à la pension. Malade depuis quinze jours. Non traitée. Entrée à Saint-Louis le 23 avril 1888. Épilée trois fois; rasée tous

les huit jours; sublimé. Lotion mixte tous les jours depuis le mois de novembre 1888. Pas de grattage.

Guérie le 26 février 1889. — *Durée totale : onze mois*; *lotion mixte, quatre mois.*

3. D... (Amélie), née à Paris, sept ans, boulevard de la Villette, 18.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis six semaines. Non traitée. Entrée à Saint-Louis le 16 mai 1888. Épilée deux fois; rasée tous les huit jours; sublimé; lotion mixte tous les jours à partir du mois de novembre 1888. Pas de grattage.

Guérie le 9 juin 1889. — *Durée totale : quatorze mois; lotion mixte, six mois.*

4. D... (Augustine), née à Paris.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis deux ans. A été soignée à l'hôpital Sainte-Eugénie. Entrée à Saint-Louis le 28 juillet 1887. Épilée dix fois. Teinture d'iode, vaseline iodée tous les jours. Commencement du traitement : lotion mixte le 17 septembre; tous les jours, grattage.

Guérie le 7 janvier 1889. — *Durée totale : quarante mois; lotion mixte et emplâtre, vingt jours.*

5. J... (Adèle), née à Paris, cinq ans, rue Myrrha, 12.

A pris la teigne tondante à Berck. Malade depuis quinze mois. Soignée aux Enfants-Malades. Entrée à Saint-Louis le 5 septembre 1888. Épilée cinq fois; rasée tous les jours; sublimé et lotion mixte tous les jours à partir d'octobre 1888. (S'est absentée souvent.) Pas de grattage.

Guérie le 9 jnin 1889. — *Durée totale : vingt-quatre mois; lotion mixte, quatre mois.*

6. J... (Marie), née à Paris, sept ans, rue Myrrha, 12.

A pris la teigne tondante auprès de sa sœur. Malade depuis quinze jours. Non traitée. Entrée à Saint-Louis le 5 septembre 1888. Rasée tous les huit jours; non épilée; sublimé; lotion mixte tous les jours à partir d'octobre 1888. Pas de grattage.

Guérie le 13 avril 1889. — *Durée totale : sept mois; lotion mixte, sept mois et demi.*

7. R... (Louise), née à Meaux (Seine-et-Marne), dix ans, rue de Meaux, 48.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis six semaines. Non soignée. Entrée à Saint-Louis le 5 octobre 1887. Traitée à la teinture d'iode et à la vaseline iodée jusqu'à la fin de décembre 1888; traitée au sublimé et à la lotion mixte depuis le mois de janvier 1888. Rasée tous les huit jours; pulvérisation tous les deux jours pendant deux mois. Pas de grattage.

Partie guérie le 29 juin 1889. — *Durée totale : vingt-deux mois et demi; lotion mixte, six mois.*

8. S... (Marguerite), née à Paris, douze ans, faubourg Saint-Martin, 95.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis un mois. Non traitée. Entrée à l'hôpital Saint-Louis le 14 août 1888. Rasée tous les huit jours; non épilée; sublimé; lotion mixte tous les jours à partir de septembre 1888. Grattage.

Partie guérie le 7 janvier 1889. — *Durée totale : six mois; lotion mixte, quatre mois.*

9. V... (Blanche), née à Angoulême, douze ans, rue de la Martinique, 6.

A pris la teigne tondante en pension. Malade depuis cinq mois. Non soignée.

Entrée à Saint-Louis le 23 août 1888. Épilée trois fois; rasée tous les huit jours; sublimé; lotion mixte tous les jours depuis octobre 1888. (S'est absentée souvent.) Pas de grattage.

Partie guérie le 25 mai 1889. — *Durée totale : quinze mois; lotion mixte, huit mois.*

10. B... (Marguerite), née à Paris, six ans, faubourg Saint-Martin, 263.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis un an. Non traitée. Entrée à l'hôpital Saint-Louis le 14 novembre 1888. Épilée cinq fois; rasée tous les huit jours; sublimé; lotion mixte tous les jours. (S'est absentée souvent.) Pas de grattage.

Partie guérie le 22 juillet 1889. — *Durée totale : vingt mois; lotion mixte, huit mois.*

11. B... (Marie), née à Paris, dix ans, faubourg Saint-Martin, 263.

A pris la teigne tondante de sa sœur. Malade depuis trois mois. Non traitée. Entrée à Saint-Louis le 14 novembre 1888. Rasée tous les huit jours; sublimé; lotion mixte tous les jours. (S'est absentée souvent.) Pas d'épilation; grattage, deux fois.

Partie guérie le 7 janvier 1889. — *Durée totale : cinq mois; lotion mixte, deux mois.*

12. B... (Hortense), née à Paris, cinq ans, boulevard de l'Hôpital, 147.

A pris la teigne tondante à Berck. Malade depuis deux ans. Soignée à la consultation. Entrée à Saint-Louis le 29 avril 1887. Rasée tous les huit jours; pas d'épilation; grattage, une fois; sublimé et lotion mixte tous les jours.

Partie guérie le 5 juillet 1889. — *Durée totale : vingt-six mois; lotion mixte, deux mois.*

13. C... (Marguerite), née à Paris, cinq ans et demi, rue de Turenne, 109.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis six mois. Non soignée. Entrée à Saint-Louis le 17 août 1888. Rasée tous les huit jours; a été épilée une fois. Pas de grattage. Sublimé et lotion mixte tous les jours à partir de novembre 1888. (S'est absentée souvent.)

Partie guérie le 9 juin 1889. — *Durée totale : seize mois; lotion mixte six mois.*

14. D... (Blanche), née à Paris, neuf ans, rue Anthony, 14.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis six semaines. Traitée un mois à la consultation. Entrée à Saint-Louis le 28 septembre 1887. A été soignée à la vaseline iodée et au turbith depuis le 1er octobre 1887 jusqu'au 6 février 1889; à partir de cette date, a été épilée six fois. Rasée tous les huit jours; sublimé et lotion mixte tous les jours. (S'est absentée.)

Partie guérie le 5 juillet 1889. — *Durée totale : vingt-quatre mois; lotion mixte, cinq mois.*

15. G... (Léonie), née à Pantin (Seine), quatre ans, rue Magenta, 13.

A pris la teigne tondante depuis un mois. Non soignée. Entrée à Saint-Louis le 5 mai 1887. Rasée tous les huit jours. A été traitée à la vaseline iodée et au turbith depuis son entrée jusqu'au 17 décembre 1888. Depuis, a été épilée quatre fois. Sublimé et lotion mixte tous les jours; grattage, une fois.

Partie guérie le 25 mars 1889. — *Durée totale : vingt-quatre mois; lotion mixte, trois mois.*

16. L... (Victorine), née à Paris, dix ans et demi, rue du Chalet, 17.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis trois mois. Non soignée. Entrée à l'hôpital Saint-Louis le 25 juillet 1888. Rasée tous les huit jours; pulvérisations. A été épilée deux fois. Lotion mixte à partir de novembre 1888.

Partie guérie le 25 mars 1889. — *Durée totale : onze mois; lotion mixte, cinq mois.*

17. L... (Élise), née à Paris, six ans et demi, rue Vandamme, 7.

A contracté la teigne tondante auprès de ses frères. Malade depuis quinze jours. Non soignée. Entrée à Saint-Louis le 29 février 1889. Rasée tous les huit jours; pas épilée, pas de grattage. Sublimé et lotion mixte tous les jours.

Guérie le 13 avril 1889. — *Durée totale : deux mois et demi; lotion mixte, deux mois.*

18. P... (Marie-Louise), née à Paris, sept ans.

A pris la teigne tondante à l'asile. Malade depuis trois ans et demi. Soignée deux ans et demi salle Lugol. Entrée à l'école le 6 août 1887. Rasée tous les huit jours; épilée huit fois; traitée à la vaseline iodée depuis le mois d'août 1887 jusqu'au mois d'octobre 1888. Depuis, traitement au sublimé et lotion mixte tous les jours. Pas de grattage.

Guérie le 13 avril 1889. — *Durée totale : cinq ans et dix mois; lotion mixte et emplâtre, six mois.*

19. T... (Jeanne), née au Creusot (Saône-et-Loire), rue Préault, 4.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis douze mois. Soignée à la consultation un mois. Entrée à Saint-Louis le 9 juin 1888. Rasée tous les huit jours. Pulvérisations. Lotion mixte depuis le mois de septembre 1888. Pas d'épilation, ni grattage.

Guérie le 7 janvier 1889. — *Durée totale : neuf mois; lotion mixte, quatre mois.*

20. V... (Élise), née à Paris, sept ans et demi, rue de la Cerisaie, 31.

A pris la teigne tondante à l'école, à Alfortville. Malade depuis treize mois. Soignée à la consultation. Entrée à Saint-Louis le 22 août 1888. Rasée tous les huit jours. A été épilée deux fois. Pas de grattage. Sublimé et lotion mixte tous les jours depuis octobre 1888.

Guérie le 9 juin 1889. — *Durée totale : treize mois; lotion mixte, huit mois.*

21. V... (Marthe), née à Paris, douze ans, rue Bouchardat, 27.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis un an. Soignée à la consultation huit mois. Entrée à Saint-Louis le 28 novembre 1888. A été traitée avec la lotion mixte. Cheveux coupés aux ciseaux. Pas d'épilation ni de grattage.

Guérie le 9 juin 1889. — *Durée totale : dix-neuf mois; lotion mixte, sept mois.*

22. E... (Joséphine), née à Paris, cinq ans, rue Chaufournier, 33.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis neuf mois. Non soignée. Entrée à Saint-Louis le 29 août 1888. Rasée tous les huit jours; épilée trois fois. Sublimé et lotion mixte tous les jours depuis octobre 1888.

Guérie le 9 juin 1889. — *Durée totale : dix-sept mois; lotion mixte, huit mois.*

23. G... (Clotilde), née à Paris, onze ans, passage Raoul, 20.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis un mois. Non soignée. Entrée à Saint-Louis le 18 juillet 1888. Rasée tous les huit jours; épilée une fois. Sublimé et lotion mixte tous les jours depuis novembre 1888.

Partie guérie le 29 juin 1889. — *Durée totale : douze mois et demi; lotion mixte, huit mois.*

24. L... (Élise), née à Paris, neuf ans, passage Kussner, 9.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade quatre mois avant son entrée. Soignée, pendant ce temps, par la teinture d'iode toutes les semaines; pommade au turbith; lavage au savon noir. Entrée à Saint-Louis le 6 août 1888. Rasée tous les huit jours; épilée huit fois; grattage, une fois. Sublimé et lotion mixte tous les jours depuis octobre 1888.

Partie guérie le 7 janvier 1889. — *Durée totale : neuf mois; lotion mixte, trois mois.*

25. M... (Adèle), née à Paris, cinq ans, rue Fontaine-au-Roi, 11.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis quatre mois. Soignée à la consultation. Entrée à Saint-Louis le 25 mai 1887. Rasée tous les huit jours; épilée deux fois. Pas de grattage. Sublimé et lotion mixte tous les jours depuis novembre 1888.

Partie guérie le 9 juin 1889. — *Durée totale : vingt-huit mois; lotion mixte et emplâtre sept mois.*

26. M... (Juliette-Victorine), née à Paris, treize ans, faubourg Saint-Martin, 147.

A pris la teigne tondante auprès de son frère. Malade depuis deux mois. Soignée à la consultation. Entrée à Saint-Louis le 31 octobre 1888. Rasée tous les huit jours; sublimé et lotion mixte tous les jours. Deux grattages.

Partie guérie le 18 février 1889. — *Durée totale : cinq mois et demi; lotion mixte, trois mois et demi.*

27. S... (Adèle), née à Paris, cinq ans, rue des Vinaigriers, 44.

A pris la teigne tondante à l'asile. Malade depuis trois mois. Soignée à la consultation. Entrée à Saint-Louis le 2 décembre 1886. Rasée tous les huit jours; épilée huit fois. Sublimé et lotion mixte tous les jours depuis octobre 1888.

Guérie le 25 mars 1889. — *Durée totale : deux ans sept mois; lotion mixte, six mois.*

28. V... (Alice), née rue du Mont-Louis, neuf ans.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade deux mois avant son admission. Soignée à la consultation. Entrée à Saint-Louis le 24 février 1887. Rasée tous les huit jours; épilée quatre fois. Sublimé et lotion mixte tous les jours depuis octobre 1888.

Guérie le 7 janvier 1889. — *Durée totale : deux ans un mois; lotion mixte, trois mois.*

29. B... (Madeleine), née à Paris, neuf ans, rue de la Douane, 6.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis deux ans. Soignée à Lugol. Entrée à Saint-Louis le 5 décembre 1888. Rasée tous les huit jours; sublimé et lotion mixte tous les jours.

Partie guérie le 20 mai 1889. — *Durée totale : deux ans cinq mois; lotion mixte, cinq mois et demi.*

30. B... (Clémence), née à Paris, sept ans, rue de l'Entrepôt, 7.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade onze mois avant son admission. Non soignée. Entrée à Saint-Louis le 21 novembre 1888. Rasée tous les huit jours ; grattée six fois. Sublimé et lotion mixte tous les jours.

Partie guérie le 9 juin 1889. — *Durée totale : dix-sept mois et demi; lotion mixte, six mois et demi.*

31. L. G... (Marie), née à Paris, rue Simon-le-Franc, 29.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade depuis six mois. Non soignée. Entrée à Saint-Louis le 5 décembre 1888. Rasée tous les huit jours ; épilée deux fois. Sublimé et lotion mixte tous les jours.

Guérie le 9 juin 1889. — *Durée totale : douze mois ; lotion mixte et emplâtre, six mois.*

32. R... (Jeanne), née à Paris, douze ans, rue d'Angoulême, 84.

A pris la teigne tondante à l'école. Malade deux mois avant son entrée. Soignée au pavillon Lugol. Entrée à l'école le 26 novembre 1888. Rasée tous les huit jours ; pas d'épilation, pas de grattage. Sublimé, pommade soufrée et pommade à l'oxyde de zinc tous les deux jours.

Guérie le 19 juillet 1809. — *Durée totale : trente-deux mois.*

M. E. Besnier : Dans le traitement du trichophyton, on est souveut arrêté par un écueil qui est loin d'être négligeable : c'est la dermite que provoquent les applications parasiticides.

Depuis deux ans, dans mon service, voici le traitement presque uniforme que j'ai mis systématiquement en pratique :

1° On coupe les cheveux aussi ras que possible (*avec les ciseaux* et non *au rasoir*, qui expose aux inoculations) ;

2° On épile, dans une petite zone, *autour* des plaques malades;

3° Sur toute la tête on fait, chaque soir, une simple application de vaseline boriquée ;

4° Le lendemain matin, les plaques sont lavées à l'eau de son ou au savon et c'est tout; on continue ces mêmes soins jusqu'à la guérison.

Je n'ai pas fait de statistique, mais je puis dire dès maintenant que les résultats donnés par cette méthode ne sont pas plus mauvais que ceux obtenus par les anciens traitements Je prierai M. Quinquaud de nous renseigner sur le degré d'*irritation* que son traitement peut produire, et de nous dire s'il ne survient pas des phénomènes de dermite de nature à réclamer des interruptions de traitement.

M. Quinquaud : L'irritation produite par mon traitement est sans importance : le grattage produit seulement un peu de rougeur, l'emplâtre provoque quelquefois les premiers jours l'apparition de quelques petites pustules ; une interruption de quelques jours dans le traitement fait disparaître ces traces d'irritation; avec le temps, la peau s'acclimate et il ne se produit plus rien. En somme, la dermite a joué un rôle tout à fait

minime chez les enfants soumis à ce traitement, qui, je crois, a beaucoup abrégé la durée de la maladie. Le traitement bien fait par occlusion permet la guérison complète en deux mois, parfois en moins de temps.

M. Besnier : Je remercie M. Quinquaud de ce renseignement encourageant et je ne manquerai pas d'employer sa méthode. Je demande la permission d'ajouter un mot pour rappeler que le trichophyton est la plus irrégulière de toutes les maladies parasitaires : il est impossible, en présence d'un cas, de dire combien de temps il durera. A l'appui de cette assertion, je citerai un fait au sujet duquel M. Unna pourra nous donner quelques éclaircissements. Il y a deux ou trois ans, une dame étrangère m'amena ses deux enfants atteints de trichophytie étendue du cuir chevelu ; elle me demanda en combien de temps on devait obtenir la guérison. Je lui répondis que je ne pouvais rien préciser à cet égard, mais, qu'il faudrait probablement beaucoup de temps, de trois mois à deux ans. Elle était sur le point de partir pour Hambourg, je l'adressai à M. Unna, et moins de trois mois après, elle me revenait avec ses enfants complètement guéris. Je demande que M. Unna, s'il se rappelle ce fait, veuille bien nous dire comment il a guéri ces enfants, au moyen de quel traitement il a obtenu un résultat aussi rapide.

M. Unna : Je ne me souviens plus très bien de ces enfants ; peut-être n'est-ce pas moi qui les ai guéris, et ont-ils guéri spontanément. Je suis tout à fait de l'avis de M. Besnier, excepté sur ce point que les médicaments n'agiraient que par l'irritation qu'ils provoquent au cuir chevelu ; je crois que les substances parasiticides peuvent agir directement sur les spores du trichophyton.

M. Neumann : Le trichophyton, si fréquent en France, est rare chez nous ; nous le traitons habituellement par les lotions et les pommades phéniquées.

M. Hallopeau : Dans mon service de garçons, j'ai employé des traitements variés, mais dans ma salle de filles j'applique exclusivement celui qui m'a été légué par M. Lailler et j'en obtiens de bons résultats : les cheveux sont coupés ras et, tous les matins, on fait une application de vaseline iodée ; c'est un traitement très simple et très propre et, en un an, j'ai eu un tiers des malades guéris.

M. Vidal : Il est facile de guérir la trichophytie des parties glabres de la peau, la trichophytie circinée (herpès circiné des anciens auteurs) ; la végétation parasitaire ne dépasse pas l'épaisseur de l'épiderme et tout

agent irritant, qui en provoquera la desquamation, enlèvera avec les lamelles épidermiques tous les parasites qu'elles contiennent. C'est ainsi qu'agit la teinture d'iode, que j'emploie depuis plus de vingt ans. Trois ou quatre badigeonnages, dépassant d'un centimètre environ les points atteints, suffisent à produire l'exfoliation de l'épiderme dont les lambeaux entraînent dans leur chute la végétation parasitaire.

Mais lorsque le trichophyton a pénétré dans le bulbe pileux, quand il a envahi le poil lui-même, le problème à résoudre est autrement difficile et voici à quels obstacles se heurte le traitement.

Il n'est pas possible d'extraire le poil atteint profondément par le parasite, et il est encore plus impossible de faire pénétrer les agents parasiticides dans le poil et dans le follicule pileux. Quand on pratique l'épilation, on n'extrait que les poils sains. Le poil que le trichophyton a pénétré et dissocié se brise sous la pince, se casse sans qu'il soit possible d'en débarrasser le follicule pilo-sébacé. Il restera jusqu'à ce qu'il soit expulsé par l'inflammation et la suppuration du follicule, ce qui arrive dans le kérion et dans le sycosis, ou jusqu'à ce qu'il se détache à la longue. Mais alors pendant bien longtemps le trichophyton continuera à végéter, à se reproduire et à former de nouveaux foyers.

Aucun agent parasiticide ne peut l'atteindre dans le fond du follicule pileux. Je ne vous ferai pas la longue énumération de tous les moyens que j'ai inutilement tentés, essayant même les substances gazeuses qui auraient semblé devoir pénétrer le poil, comme l'avait fait remarquer M. Aubert, de Lyon. J'ai vainement essayé l'eau oxygénée dont l'action décolorante sur les cheveux semblait indiquer la pénétration. J'ai vainement tenté de maintenir le cuir chevelu sous la vapeur d'iode, au moyen du coton iodé. J'ai obtenu quelques améliorations passagères, mais je n'ai pu compter aucune guérison.

Je me suis demandé si en empêchant les spores du trichophyton de s'étendre au delà des poils malades, en l'empêchant de former de nouveaux foyers, la guérison ne se produisait pas par l'expulsion spontanée des poils malades. Je fus confirmé dans cette manière de voir par l'expérience que je fis d'une soi-disant pommade qui m'avait été envoyée par un empirique. C'était tout simplement du beurre, devenu rance, mélangé de plantes d'une action insignifiante. La tête devait être graissée deux fois par jour, essuyée avec soin à chaque pansement, ainsi que la calotte en vessie de porc dont elle devait être recouverte.

Au dire de celui qui l'envoyait, la pommade devait guérir en deux mois le favus et la teigne tondante (trichophytie tonsurante).

J'essayai le traitement. Aucun favus ne guérit, mais après trois ou quatre mois, j'obtins quelques guérisons de trichophytie.

L'échec dans le traitement du favus était inévitable, et je l'avais prévu. L'achorion Schœnleini n'atteint pas seulement le follicule pileux, il pénètre dans les profondeurs du derme et n'a pas besoin pour vivre du contact de l'air; pour me servir de l'expression de notre illustre Pasteur, c'est un parasite *anaérobie*.

Le trichophyton tonsurant, au contraire, ne pénètre jamais dans le derme; il vit au contact de l'air, même dans le follicule pileux et dans les poils qui, comme nous le savons, sont pénétrés par l'air : c'est un parasite *aérobie*.

Je tenais l'explication du mode d'action du traitement que j'avais essayé, de son succès contre la trichophytie et de son insuccès contre le favus. J'en demandai la preuve à l'expérimentation et je fis faire par un de mes anciens internes, M. le Dr Marfan, des expériences qui démontrèrent que le trichophyton ne peut germer quand il est privé du contact de l'air; qu'il est, en un mot, un parasite *aérobie*.

Expériences avec le Dr Marfan : 30 janvier 1888. — Quatre tubes d'agar-agar sont ensemencés avec une culture pure de trichophyton, venant du laboratoire de bactériologie du professeur Cornil.

Dans deux tubes, il est versé une couche de vaseline stérilisée à 120 degrés, maintenue liquide à 30 degrés.

Un cinquième tube d'agar-agar non ensemencé est recouvert de vaseline stérilisée et doit servir de tube témoin.

Tous ces tubes sont laissés à la température ordinaire de la chambre. Dans les deux tubes ensemencés et *non recouverts* de vaseline, on voit paraître, le sixième jour, des points blancs irréguliers.

Le 10 février (onzième jour), ces taches forment de petites touffes blanches, un peu grisâtres; ce n'est que vers le 1er mars, après un mois, qu'elles ont atteint la dimension d'un grain de chènevis. Il y a cinq touffes dans un tube et trois dans l'autre.

L'examen microscopique montre le trichophyton pur de tout mélange.

Du 1er mars au 1er avril, les cultures n'ont pas augmenté; elles ont servi à ensemencer de nouveaux tubes qui ont donné les plus belles cultures.

Rien ne s'est développé dans les deux tubes ensemencés et *recouverts de vaseline*, non plus que dans le tube témoin. En mettant les tubes à une température de 30 degrés et en liquéfiant la vaseline, qui devient transparente, on ne voit aucune apparence de culture.

Étant donné que le trichophyton est un parasite aérobie, l'indication thérapeutique devient plus précise.

Voici quels sont les procédés de traitement que j'emploie habituellement :

Après avoir fait couper les cheveux aussi courts que possible, je fais frictionner la tête avec de l'essence de térébenthine et les points atteints par le trichophyton sont ensuite badigeonnés avec la teinture d'iode. La tête est enduite d'une couche de vaseline pure et recouverte d'un bonnet de caoutchouc, ou plus économiquement, d'une feuille de gutta-percha, qu'un serre-tête à coulisse maintient hermétiquement appliquée sur le cuir chevelu.

On renouvelle le pansement, matin et soir, en savonnant la tête le matin et en l'essuyant avec soin, ainsi que la feuille de gutta-percha, quand, le soir, on renouvelle l'application de vaseline.

On pourrait aussi se servir de la vaseline boriquée que recommande M. Besnier. Actuellement, je me sers de la *vaseline iodée* que mon savant collègue, le Dr Lailler, dont vous connaissez tous les publications sur les teignes, a le premier recommandée.

La pommade est composée de 1 gramme d'iode pour 100 grammes de vaseline.

Si les applications de teinture d'iode limités aux points atteints par le trichophyton, aux tonsures de la trichophytie, sont bien tolérées, si elles ne provoquent pas de dermite, je les renouvelle quotidiennement. S'il y a tendance à une irritation qui pourrait compromettre la vitalité des bulbes pileux, je les espace de deux, de trois jours, ou même plus.

Depuis quelques mois, j'essaie de remplacer les badigeonnages de teinture d'iode par l'application de morceaux de *sparadrap de Vigo cum mercurio.*

Depuis bien longtemps, j'emploie ce topique dans le traitement du sycosis parasitaire, de la trichophytie sycosique. Il est remarquable de voir avec quelle rapidité, sous ce sparadrap, se calme l'inflammation du sycosis, dont on voit les tumeurs s'affaisser et se résoudre. Par ce moyen, aidé de l'épilation, on arrive à une guérison relativement rapide.

Dans le traitement de la trichophytie tonsurante, je pense qu'en outre de son action parasiticide, due peut-être moins aux substances qui le composent qu'à l'occlusion qui prive d'air la végétation du trichophyton, le sparadrap de Vigo a une action mécanique utile. Cette action, qui rappelle celle de l'ancien traitement par la calotte, sans en avoir les inconvénients et sans causer de douleurs, produit l'enlèvement des débris de poils altérés à mesure qu'ils arrivent à la surface de la peau.

Après l'application de l'emplâtre, renouvelé tous les matins, je faisais faire, matin et soir, une onction avec la vaseline iodée et la tête était recouverte de la feuille de gutta-percha. Avec mon interne, M. Wickham,

qui publiera prochainement les résultats de nos expériences, nous cherchons à simplifier le traitement et à supprimer l'application de la feuille de gutta-percha. Les résultats obtenus sont déjà très encourageants.

M. Ernest Besnier : Il est vraiment remarquable, dans cette discussion sur la trichophytie et son traitement, que tous les orateurs qui, jusqu'ici, y ont pris part, sont des médecins français.

Cela montre qu'en France la trichophytie est plus fréquente que dans plusieurs autres pays, Mais pourquoi ? Serait-ce donc que dans nos écoles les précautions sont moins bien prises qu'ailleurs contre la transmission de cette maladie ? Je tiens à réfuter par avance cette opinion que pourraient se faire quelques-uns de nos collègues étrangers. Bien loin de ne pas se préoccuper de la contagion de la trichophytie dans les écoles, nos pouvoirs publics ont édicté et font observer rigoureusement les mesures les plus propres à l'empêcher, et beaucoup plus sévères ou plus efficaces certainement que dans plusieurs pays où la trichophytie est d'observation moins fréquente qu'en France.

Il y a, dans la distribution sociale, populaire, géographique, des diverses affections parasitaires du cuir chevelu, des différences extraordinaires qui sont loin d'être toutes explicables ; ainsi nous n'observons jamais de cas de favus développés chez des sujets résidant réellement et exclusivement à Paris, tandis que dans la zone suburbaine et dans les environs de Paris, de même que dans les campagnes plus éloignées, et même dans des grandes villes comme Lyon, on en rencontre un assez grand nombre de cas. Il n'y a pas de favus à Vienne ni à Londres.

Par contre, la trichophytie, fréquente à Paris jusque dans les quartiers du centre, n'existe pour ainsi dire pas dans cette même zone suburbaine où se montre le favus, pas plus qu'elle n'existe dans celles de nos bourgades départementales où l'hygiène est moins en honneur, et la prophylaxie publique ou privée tout à fait inconnue. Elle est si fréquente que chacun des six médecins de cet hôpital en observe un grand nombre et que, pour ma part, j'en ai constamment sous ma direction plus d'une centaine de cas qui se renouvellent constamment, au fur et à mesure de la guérison des précédents.

Il est nécessaire, dans l'étude de la trichophytie et de son traitement, d'établir des divisions et de ne pas confondre tous les cas dans une même statistique, et quand on enregistre des guérisons, il faut établir que l'on a suivi les malades *déclarés guéris* pendant le *temps suffisant*, en même temps qu'on appuie cette déclaration sur un examen histologique attentif. Il faut, en cette matière, que beaucoup de médecins traitent assez sommairement, distinguer la *guérison clinique*, ou

guérison apparente, de la *guérison histologique*, ou vraie, laquelle ne se produit souvent que *plusieurs mois* après la guérison apparente. J'insiste sur ce point parce que, d'une part, je vois sans cesse, des médecins déclarant guéris des enfants qui ont encore du trichophyton en pleine activité, bien que les cheveux repoussent sur la plus grande partie de la tête, et qui, non seulement se font illusion, mais encore renvoient aux écoles des sources *ignorées* de contagion.

Avant de terminer, je dois répondre quelques mots au sujet du différend qui s'est élevé entre mon savant ami M. Unna et moi, au sujet du rôle des substances dites *parasiticides*, dans le traitement des teignes.

M. Unna croit, il vient de le redire, que l'on peut, à l'aide de substances chimiques, détruire directement les parasites des teignes, et que les médicaments qui guérissent ces maladies agissent de la sorte. Mon avis est absolument opposé. Ces agents, que l'on croit parasiticides, ne pourraient mériter ce titre que s'ils détruisaient réellement le microphyte; or les expériences élémentaires, que j'ai indiquées en 1884, dans un travail lu à l'Académie de médecine, établissent que la cellule vivante est détruite bien avant que le parasite lui-même qu'elle supporte ait subi l'action de l'agent chimique. Si ces agents ont quelque effet favorable, c'est par l'*irritation éliminatoire* qu'ils produisent et que l'on peut obtenir, au même degré, par les irritants mécaniques. Et si l'on croit avoir vraiment tué le parasite directement, on nourrit une illusion semblable à celle des Listériens demeurant convaincus que la pulvérisation d'eau phéniquée aux doses non caustiques, ou les pansements phéniqués, détruisent les microbes, alors qu'ils ont simplement modifié et stérilisé la cellule vivante par action irritative sur les surfaces cruentées, purifié l'air mécaniquement, nettoyé l'atmosphère ambiante comme on a lavé les mains des opérateurs ou nettoyé leurs instruments et enfin protégé ces mêmes surfaces par occlusion, comme dans le pansement ouaté de A. Guérin.

Si vous faites entrer les médecins, comme cela s'est malheureusement déjà fait, dans cette voie de chercher de prétendus parasiticides, au lieu de leur apprendre à modifier la cellule vivante, à stériliser le terrain envahi ou menacé par le microphyte, vous les entraînez à appliquer sans mesure des substances irritantes dont l'action peut être funeste pour la vitalité des tissus et, dans le cas particulier, pour l'existence du follicule pileux.

M. Drysdale : Nous voyons beaucoup de trichophyties à Londres : nous les traitons ordinairement par des lotions d'eau chaude et des applications de teinture d'iode et de teinture de cantharides.

M. Hans von Hebra : La remarque de M. Besnier sur l'inégale répartition de la trichophytie dans les divers pays est parfaitement exacte : en Angleterre et en Italie, elle est beaucoup plus fréquente qu'en Allemagne.

A Vienne, le nombre des cas de trichophytie à forme pustuleuse est si rare que je n'en ai peut-être pas vu douze dans toute ma pratique : les deux premiers malades de ce genre que j'ai vus pendant que j'étais assistant à l'Hôpital général, étaient deux sœurs que nous examinâmes tous avec l'intérêt et la curiosité qui s'attache aux cas rares.

Le traitement qui me paraît le plus efficace contre la trichophytie est l'acide pyrogallique en pommade à 10 p. 100 : en peu de temps, quinze jours ou trois semaines, la guérison est complète ; il suffit d'ajouter des lotions avec le savon alcalin. D'ailleurs, l'acide pyrogallique est très utile contre les autres affections parasitaires végétales, et avec lui on obtient toujours en trois,quatre ou six mois la guérison du favus.

M. Giacomo Gibello : A Turin, la trichophytie est moins fréquente qu'ici, mais le favus n'est pas rare, bien qu'il ait diminué depuis quelques années. La teigne faveuse s'observe plus ordinairement dans les campagnes; cependant on la voit quelquefois se développer dans la ville.

Dans le traitement de la trichophytie, je crois inutile d'épiler et je ne pense pas que le rasoir expose aux inoculations : les poils en poussant entraînent les parasites et les rendent accessibles aux substances parasiticides dont l'usage, combiné avec l'isolement des plaques, donne de bons résultats.

M. Lutz : Je désire faire une remarque à propos de la propagation de la trichophytie : elle débute souvent par les chiens et il arrive très fréquemment qu'elle atteint un enfant qui joue avec un chien, puis qu'elle se propage de cet enfant à d'autres enfants de la même famille. Aussi est-il indispensable, dans les familles où on rencontre un enfant trichophytique, d'examiner les chiens qui vivent dans la maison, car s'ils sont trichophytiques, ils peuvent encore transmettre la maladie à des enfants restés indemnes ou, par des réinoculations successives, prolonger la durée de la maladie chez ceux qui étaient déjà atteints.

La discussion est close, et la séance est levée.

MERCREDI 7 AOUT. — SÉANCE DU SOIR.

PRÉSIDENT : **M. Castelo.**

M. CASTELO s'exprime en espagnol, et remercie l'Assemblée de l'honneur qu'on lui a fait en lui donnant une présidence.

COMMUNICATIONS DIVERSES RELATIVES A LA VÉNÉRÉOLOGIE ET A LA SYPHILIGRAPHIE.

I. Une nouvelle injection mercurielle sous-cutanée,

par M. le Dr CRUYL (de Gand).

J'ai l'honneur de vous présenter une nouvelle injection mercurielle sous-cutanée que j'emploie dans mon service à l'hôpital de Gand depuis environ un an et demi. Cette injection consiste en une dissolution de sublimé corrosif dans l'huile d'olives.

La dissolution du sublimé corrosif dans l'huile d'olives peut se faire directement et sans aucun intermédiaire sous l'influence de la chaleur, mais on n'arrive à une solution complète qu'en agitant fréquemment le mélange. Un résultat favorable est atteint rapidement de la façon suivante: la quantité voulue de sublimé, 1 gramme par exemple, est dissoute dans de l'éther, et cette solution éthérée est ajoutée à 100 grammes ou davantage d'huile ; on agite le tout pour rendre le mélange homogène, puis on chauffe au bain-marie dans une capsule, de façon à évaporer complètement l'éther. On obtient ainsi un liquide parfaitement limpide de la couleur de l'huile employée ; si, par hasard, il y a quelques particules solides en suspension, on les sépare par une filtration faite à l'aide d'un papier d'une texture un peu lâche.

La proportion de sublimé corrosif dissoute à température ordinaire dans *un litre* d'huile d'olives est de 17 à 18 grammes.

J'ai l'habitude d'opérer de la façon suivante : avant la piqûre, l'aiguille et le lieu d'élection, qui est la fesse, sont désinfectés par une solution de sublimé corrosif et l'aiguille est enfoncée perpendiculairement dans toute sa longueur. Il est utile de faire de légères frictions. Le malade reçoit, au commencement du traitement, tous les deux jours et à la fin tous les jours, une injection d'une solution à 1 p. 100. La moyenne des injections nécessaires pour obtenir la guérison est de dix à douze.

J'ai pratiqué un nombre suffisant de ces injections, 500 environ, pour pouvoir affirmer qu'à la suite de ce traitement, je n'ai jamais observé de douleur notable, ni d'induration du tissu cellulaire, ni d'abcès. Le sublimé se retrouve dans les urines quelques heures après l'injection.

II. Sur un cas de syphilide tertiaire, revenant périodiquement tous les ans, au printemps, depuis une dizaine d'années, ayant couvert d'une vaste nappe cicatricielle la totalité du tronc chez une jeune femme de dix-sept ans,

par M. le Dr Euthyboule (de Constantinople).

Les notions que nous possédons au sujet de l'influence des saisons sur la production des syphilides sont assez vagues, et les auteurs ne sont pas d'accord quand il s'agit de déterminer dans quel sens et à quel degré cette influence s'exerce. Quelques-uns la nient complètement et pensent que la syphilis et les syphilides sont aussi indépendantes des saisons que de l'influence des astres auxquels on les croyait autrefois soumises (Barthélemy et Balzer, article *syphilides* du Dictionnaire Jaccoud). D'autres considèrent que les influences saisonnières jouent un grand rôle dans l'étiologie de la syphilis et dominent principalement la réapparition des poussées. Parmi ces derniers, un éminent maître, Diday, de Lyon, s'est particulièrement attaché à mettre en relief ce côté de la pathogénie de la vérole (*Mémoire sur la syphilis automnale*). Il suffit de prononcer ce nom, il suffit, d'autre part, de voir ce qui se passe dans les autres dermatoses (érythèmes polymorphes à retours annuels printaniers, eczémas revenant tous les hivers, prurit d'hiver, etc.), pour comprendre que l'influence des saisons ne doit pas être nulle.

Quoi qu'il en soit, et sans disserter plus longtemps sur la question, nous allons rapporter un cas que nous avons eu l'occasion d'observer

dernièrement et qui constitue un fait très démonstratif à cet égard, devant certainement peser dans le plateau de la balance.

OBSERVATION.

Djémilé, dix-sept ans, née à Moudoulou (de l'intérieur de Bythinie), mariée depuis quatre mois seulement. Elle vient nous consulter à l'hôpital Zéineb-Kiamil, à Scutari, au mois de février 1889, pour une éruption de la région dorso-lombaire et de la nuque. Le diagnostic syphilis s'impose à première vue. L'éruption consiste, en effet, en plusieurs bandes ulcéro-croûteuses qui affectent, pour la plupart, une configuration annulaire et se dessinent élégamment sur un fond de larges plaques rouges. Tout autour, existe une vaste nappe cicatricielle occupant toute la superficie du dos et la majeure partie de la poitrine; elle est constituée par des pigmentations cicatricielles et des cicatrices blanches entremêlées ensemble sous mille combinaisons. Sur le ventre, plusieurs cicatrices d'un aspect caractéristique, à fond blanc encadré d'une bordure noire. Ce sont là des traces d'anciennes poussées éruptives pareilles à celle que la malade présente actuellement, et qui, depuis une dizaine d'années, reviennent régulièrement tous les ans au printemps. Nous pensons, d'après ces renseignements, qu'il s'agit d'un cas de syphilis héréditaire tardive, d'autant plus que nous remarquons, chez cette jeune femme, un certain affaissement de la partie inférieure du nez et une cicatrice demi-circulaire circonscrivant la commissure labiale droite. Nous engageons la malade, pour la mieux étudier, à entrer dans nos salles.

Antécédents. — Elle ne se rappelle rien de ses premières années; elle ne dit rien non plus qui mérite d'être signalé comme antécédents du côté de sa famille. A l'âge de cinq ans, elle a eu la variole qu'elle croit avoir été la cause de la cicatrice péri-buccale. A sept ans, apparition pour la première fois, au mois de février, de boutons sur le dos, boutons guéris d'eux-mêmes, au bout de deux mois. L'année suivante, à la même époque, apparition de boutons de même nature qui ont également disparu au commencement du mois de mai, et depuis, chaque année régulièrement, au printemps, répétition des mêmes phénomènes sous la même forme, la poussée éruptive marquant chaque fois fois sa place par une surface cicatricielle.

Il y a cinq ans, la malade a eu ses règles pour la première fois; elle a toujours été bien réglée; depuis son mariage, cependant, elle perd chaque fois beaucoup plus que d'habitude. — Elle n'a jamais rien présenté du côté des yeux, des oreilles, etc.

État actuel. — C'est une femme forte et bien constituée, avec développement normal des seins, des parties génitales, etc. A sa vue, on est frappé de suite par la conformation du nez et une large cicatrice péri-labiale qui donnent un cachet spécial à la physionomie de la malade. — Le nez présente la déformation désignée par le professeur Fournier sous le nom de nez en cylindre de lorgnette : c'est-à-dire que sa partie inférieure semble avoir subi un mouvement de recul et s'être enchâssée dans le segment supérieur. On voit un bourrelet saillant dirigé du milieu du dos du nez de chaque côté, en bas et en arrière, vers le sillon labio-jugal, bourrelet qui dénote la ligne selon laquelle s'est faite la pénétration.

Autour de la commissure labiale du côté droit, existe une cicatrice de forme demi-circulaire, circonscrite par un bord net, et légèrement déprimée au-dessous du niveau de la peau saine environnante; à la lèvre supérieure, sans méplat et sans contours nettement dessinés; au contraire, à la lèvre inférieure et sur le côté droit du menton, où elle se termine par quelques vagues musculatures blanches. Le bord de cette cicatrice décrit une courbe légèrement onduleuse et passe à deux centimètres en dehors de la commissure qui, par suite de la rétraction de la bouche, se trouve située un centimètre plus près de la ligne médiane que la commissure du côté gauche, la moitié droite de la fente buccale étant ainsi d'autant plus courte.

Les dents n'offrent rien de caractéristique. Les six dents médianes de la mâchoire inférieure sont implantées sur un bord alvéolaire proéminent sous forme de balcon. Les canines émergent du bord maxillaire sur une ligne inférieure à celle des incisives et un peu au-devant d'elles; elles sont convergentes et masquent légèrement les incisives latérales.

La langue est rouge, framboisée, mamelonnée, avec quelques mamelons recouverts, au sommet, d'amas d'épithélium blanc et quelques autres plaques blanches et lisses d'origine évidemment cicatricielle (glossite scléreuse superficielle du professeur Fournier).

Au fond de la gorge, quelques cicatrices blanches, surtout du côté droit où le pilier du voile du palais a une direction verticale et est comme tiraillé.

Bosselure crânienne, à droite de la ligne médiane, à trois ou quatre centimètres en arrière de la bordure des cheveux, grosse comme une moitié d'amande qu'on aurait posée à plat sur le crâne. La malade dit s'être toujours connu cette petite bosse.

Quelques cicatrices blanches, superficielles aux jambes et à la fesse droite, très petites, lenticulaires; une seule d'entre elles, siégeant à la face externe du mollet droit, large comme une pièce de cent sous.

Toute la surface du tronc est couverte de cicatrices, sous forme, soit de plaques isolées, soit surtout de larges nappes cicatricielles continues.

Des cicatrices isolées se rencontrent au niveau de l'abdomen.

Au-dessus de l'ombilic, existe une grande cicatrice mesurant une dizaine de centimètres dans son grand axe sur deux centimètres de largeur, et étendue transversalement. Son fond blanc, d'un blanc mat qui rappelle l'ivoire, encadré d'une large bande sinueuse d'un noir ardoisé, la fait ressembler à un gros nuage blanc entouré, de tous côtés, de petits nuages noirs. Une autre cicatrice, large comme une pièce de cinq francs et présentant une constitution toute spéciale, siège en avant du flanc gauche; elle présente une série de bandes ou de raies alternativement blanches et noires, exactement comme si elle était formée de deux rubans, un blanc et un noir, qu'on aurait juxtaposés et enroulés ensemble.

A la région sous-ombilicale, plusieurs cicatrices blanches avec bordure noire; une large comme une datte; une autre large comme une pièce de deux francs; les autres, plus petites.

Toutes ces cicatrices sont plates, lisses, sans relief et sans méplat.

A la poitrine, existe une vaste nappe cicatricielle formée de larges lacs pigmentaires, d'une coloration café au lait, au milieu desquels sont disséminées de petites cicatrices blanches. On dirait un réseau de syphilide pigmentaire à mailles serrées, avec cette différence que les contours nettement arrêtés

des parties constituantes de la lésion indiquent son origine cicatricielle.

La disposition générale de cette nappe pigmentaire est la suivante : en bas, elle a des limites diffuses qui se perdent à la partie supérieure du ventre. Sur les côtés, elle se continue avec la grande cicatrice dorsale ; à droite, sans la moindre interruption; à gauche, par des languettes et des îlots cicatriciels, laissant entre eux des intervalles de peau saine. En haut, elle est limitée par une ligne de démarcation qui se dirige obliquement de droite à gauche et de haut en bas, de manière à comprendre dans la surface cicatricielle le tiers inférieur et externe de la peau du sein droit, tandis que, à gauche, elle passe tout à fait sous le sein. La surface pigmentaire s'étend du côté de l'aisselle droite et envoie aussi, sur la partie supérieure de la face interne du bras, un prolongement large comme la paume de la main, et limité en bas par un bord net demi-circulaire. La peau est, à cet endroit, pigmentée d'une façon uniforme, couleur café au lait foncé, et présente un grand nombre de soulèvements — comme les vagues d'une mer agitée — au niveau desquels elle est flasque, plissée, comme froncée, et donne au toucher une sensation de mollesse particulière.

Le dos est occupé entièrement par une grande cicatrice depuis la lisière des cheveux jusqu'au delà de la limite inférieure des lombes, sans le moindre espace de peau saine intermédiaire. En bas, cette cicatrice se termine brusquement par une ligne foncée qui, à droite, a une direction transversale correspondant au niveau de la crête iliaque, tandis que, à gauche, elle descend beaucoup plus bas, en décrivant un trajet courbe et onduleux. En haut, les limites de la cicatrice se perdent dans le cuir chevelu; sur les côtés de la nuque, elles correspondent aux saillies des muscles trapèzes.

L'aspect et la constitution de cette cicatrice diffèrent suivant les diverses régions. En bas et à droite, de même que celle qui occupe la partie antérieure du tronc, elle ressemble à une syphilide pigmentaire, avec la différence que la coloration du pigment est encore plus foncée ici qu'au niveau de la poitrine, et les surfaces pigmentaires prédominent encore davantage sur les parties blanches. En bas et à gauche, au contraire, ce sont les parties décolorées qui sont prédominantes; la surface cicatricielle est blanche avec quelques minces traînées pigmentaires. Plus haut, à la région dorsale proprement dite et surtout au niveau des omoplates, la cicatrice est toujours blanche, mais au lieu d'être lisse, elle est parcourue par des cordages saillants comme des colonnes chéloïdiennes, à direction verticale. A la nuque, la peau cicatricielle est d'une blancheur éclatante, d'un blanc de papier, et l'aspect colonné est encore plus nettement dessiné.

Au-dessous du côté gauche de la grande cicatrice dorsale et séparée d'elle par un détroit de peau saine d'un centimètre de largeur, existe une plaque cicatricielle isolée, blanche, ponctuée, large comme la paume de la main ; elle occupe la partie supérieure de la fesse gauche.

Il nous reste à décrire les lésions en activité.

Au niveau de la nuque, les côtés de la cicatrice sont bordés par des lésions ulcéro-croûteuses, qui offrent la disposition suivante. A gauche, c'est une bande rouge, large comme le petit doigt, qui monte verticalement en haut, puis se courbe au niveau de la lisière des cheveux et se dirige horizontalement, au milieu des cheveux, vers la ligne médiane en formant ainsi dans son trajet une ligne de parabole. Elle présente sur tout son parcours des

croûtes rondes, plates, d'un jaune verdâtre qui deviennent plus épaisses et plus foncées dans le cuir chevelu. A droite, le bord de la cicatrice est occupé par une série longitudinale de petits éléments ulcéro-croûteux, séparés les uns des autres; tandis que, dans la chevelure même, plusieurs éléments réunis ensemble forment un large amas croûteux à croûtes noires, épaisses, stratifiées qui, avec les cheveux agglutinés et imbriqués, constituent un feutrage de mauvais aspect, exhalant une odeur nauséabonde, refuge d'une quantité infinie de poux et de lentes.

A la région dorso-lombaire, au milieu du fond cicatriciel, s'étalent trois grandes plaques rouges de forme irrégulière, réunies les unes avec les autres par des isthmes étroits. Leurs bords sinueux et anguleux les font ressembler aux dessins qui représentent les continents sur les cartes géographiques.

La plus grande plaque, située à gauche de la colonne vertébrale (10e vert. dors. et au-dessous), mesure 12-13 centimètres de longueur; la moyenne qui est au dessous d'elle, 8-9; la plus petite, qui est à droite de la ligne médiane, 4-5 seulement. L'angle inférieur de la plaque sous-jacente à la grande plaque gauche descend très bas et dépasse les limites de la surface cicatricielle dorsale pour empiéter sur la cicatrice isolée qui occupe le haut de la fesse gauche, en passant comme un pont par-dessus le détroit de peau saine intermédiaire.

La coloration des plaques est d'un rouge animé, mélangé de teintes carminées, comme si la peau eût été barbouillée avec du jus de framboises. La pression efface incomplètement cette rougeur, et la peau prend sous le doigt une teinte rouge jaune (couleur pêche ou rose thé). Au niveau des plaques, la peau est légèrement tuméfiée et offre une certaine turgescence, plus appréciable au toucher qu'apparente à la vue, un peu analogue à celle d'une plaque érysipélateuse.

Sur le fond de ces plaques rouges se dessinent élégamment plusieurs anneaux complets ou incomplets décrivant les trois quarts d'un cercle, et constitués par des bandes ulcéro-croûteuses, à croûtes d'un jaune verdâtre, masquant des ulcérations peu profondes. Il est facile de voir, à leurs bords festonnés, que ces bandes cerclées sont le produit de la juxtaposition et du fusionnement de plusieurs éléments éruptifs arrondis de forme et groupés circulairement.

Au-dessus de ces grandes plaques de la région dorso-lombaire, tout le long de l'espace scapulo-rachidien du côté gauche jusqu'à l'épine de l'omoplate, se trouvent échelonnés en zigzag, cinq petits placards rouges, ulcéro-croûteux, d'une forme plus ou moins ronde et de dimension variant entre celle d'une pièce de vingt sous et celle d'une pièce de cinq francs, le placard le plus élevé comme situation étant le petit comme largeur, celui qui est situé le plus bas étant le plus large, et ceux qui sont placés entre les deux extrêmes ayant des dimensions intermédiaires. On dirait — pour continuer la comparaison — des îles jetées dans un océan de cicatrice.

Aucune douleur, aucune démangeaison, au niveau de ces plaques éruptives. État général parfait. — Traitement mixte. Applications locales appropriées sur les croûtes du cuir chevelu, etc.

Au bout de quelques jours, on remarque les modifications suivantes : la coloration des plaques rouges devient progressivement plus sombre, surtout au niveau des plaques qui se trouvent à gauche de la colonne vertébrale, à la

région dorso-lombaire, où, à un moment donné, elle est tout à fait de la couleur du vieux jambon fumé. Les croûtes s'émiettent en lamelles et plus tard prennent l'aspect de squames blanches psoriasiques; enfin elles disparaissent, pendant que les ulcérations sous-jacentes se cicatrisent rapidement.

La coloration jambonnée se met alors à déteindre en passant par une série de tons rouges mélangés de jaune de plus en plus clair, et par la distribution inégale du pigment, elle s'éclaircit entièrement par places, tandis que, sur quelques autres points, au contraire, elle devient plus foncée, de manière à constituer un réseau de minces traînées pigmentées en jaune brun, et circonscrivant de larges mailles décolorées qui conservent encore un petit reflet rose, au moment de la sortie de la malade (30 mars).

Il est à noter que le petit pont d'infiltration rouge qui, à la région lombo-fessière gauche, s'avançait sur la peau saine, bien qu'il ne présentât aucune trace d'ulcération ni de croûte, a cependant laissé à sa place une cicatrice pigmentaire.

Le diagnostic syphilis, dans ce cas, ne permet pas la moindre hésitation, malgré l'absence de renseignements précis sur les antécédents de la malade et de sa famille, malgré le fait aussi de la guérison spontanée de l'éruption, effectuée tant de fois, dans ses nombreuses poussées antérieures, ce qui nous enlève le bénéfice du contrôle thérapeutique. Les caractères objectifs des lésions, leurs croûtes spéciales, le groupement cerclé des éléments éruptifs, les cicatrices pigmentées du tronc et surtout les cicatrices blanches bordées de noir, enfin la cicatrice demi-circulaire péri-buccale (qui, certainement, est bien moins le fait de la petite que de la grande vérole), toutes ces circonstances réunies acquièrent une signification assez précise pour ne laisser subsister aucun doute sur la nature du mal.

Quant à la modalité éruptive, il s'agit d'une lésion tuberculo-ulcéreuse. La circularité dans la disposition réciproque des éléments appartient en propre aux syphilides tuberculeuses, et le siège à la région dorsale serait un argument en faveur de cette interprétation, le dos ayant le triste privilège d'attirer souvent les syphilides tuberculeuses, et étant, certainement, après la face, la région pour laquelle celles-ci affectent le plus d'affinités régionales (Mauriac).

Notons cependant que les plaques rouges sur lesquelles étaient semés les tubercules étaient démesurément larges, dépassant leurs limites habituelles, tandis que ceux-ci, au contraire, étaient pauvrement formulés. On dirait que la néoplasie avait gagné en suffusion étalée ce qu'elle avait perdu en condensation sous forme de tumeur. C'est là un fait qu'on rencontre quelquefois, et sur lequel insiste particulièrement Mauriac, qui parle de nappes d'infiltration sur lesquelles ne s'aperçoivent pas les nodosités tuberculeuses profondément plongées dans la gangue néo-

plasique. Il n'est pas douteux, d'ailleurs, que ces plaques rouges fussent des jetées de suffusion de nature tuberculeuse : la coloration particulière qui ne s'effaçait pas complètement sous la pression du doigt; cette espèce d'épaississement, de turgescence de la peau à leur niveau, qu'on pouvait plutôt sentir que voir; enfin, la cicatrice qui a succédé, sous nos yeux, à une petite languette de la plaque inférieure, sans la moindre ulcération, sans aucune croûte, tout cela le prouve suffisamment.

Reste la question de l'origine de cette syphilis. Est-ce un cas de syphilis acquise de l'enfance ou plutôt un cas de syphilis héréditaire ?

Question difficile à résoudre d'une manière catégorique, plusieurs éléments nécessaires à la solution du problème faisant défaut (détails concernant les premières années de la malade, enquête sur la famille, quelques signes révélateurs de l'hérédité syphilitique qui existent habituellement du côté des cornées, des oreilles, des dents, etc.). Malgré cela, nous serions plutôt porté à croire qu'il s'agit de manifestations tardives d'une syphilis héréditaire, et cela, pour les raisons suivantes :

1° Les cicatrices péri-buccales, lombo-fessières, la conformation du nez, la bosselure crânienne appartiennent plutôt à la syphilis héréditaire.

2° Le pays de la malade, comme tout l'intérieur, du reste, de l'Asie mineure, est un foyer de syphilis, et le nombre des parents syphilitiques étant très grand, les enfants ont beaucoup plus de chances de naître vérolés de par leurs géniteurs que d'attendre plus tard une contagion fortuite.

3° La syphilis héréditaire aime encore plus que la syphilis acquise à se manifester du côté du dos. Le professeur Fournier cite, dans ses leçons, un cas observé par Cazeneuve et dont nous pourrions rapprocher le nôtre. Il a trait à une fille de neuf ans qui présentait une syphilide tuberculeuse en anneaux sur la région dorso-lombaire, les parties latérales de la poitrine, le ventre, etc., d'origine héréditaire. D'un autre côté, Després a remarqué que, dans les cas où la syphilis se manifeste tardivement entre cinq et quinze ans, les éruptions siègent très fréquemment au dos et sont rebelles (Rollet).

Quoi qu'il en soit, l'intérêt particulier de notre cas se trouve dans ce fait que, pendant dix années consécutives, tous les ans, à époque fixe, notre malade présentait des poussées éruptives et ces retours annuels périodiques témoignent nettement de l'influence exercée par les saisons sur la production et la réapparition des syphilides.

III. Recherches expérimentales sur la nature intime du principe contagieux du chancre mou,

par M. le Dr Auguste Ducrey (de Naples).

Quoique l'on ait bien souvent discuté sur la nature du chancre mou, sur les doctrines de l'unicisme et du dualisme, sur la spécificité ou non-spécificité de l'élément contagieux que tous les spécialistes, sans aucune exception, s'accordent à reconnaître au chancre mou, quoique l'on ait tenté quelques expériences pour résoudre ces questions, il n'en est pas moins vrai que les recherches entreprises dans le but d'établir d'une manière positive quelle est la nature intime de cet élément contagieux sont encore assez peu nombreuses.

Dans ces dernières années, un certain nombre d'études clinico-expérimentales se sont succédé, dans le but principal de démontrer la possibilité de reproduire, même avec des produits d'inflammation commune, une lésion très analogue au chancre mou, tant par son aspect morphologique, que par sa propriété de pouvoir être réinoculée même pendant un certain nombre de générations.

En même temps que ces recherches apportaient un nouveau tribut à la doctrine de l'hétérogénie du chancre mou, il semble s'être produit, parmi les vénéréologues, une tendance à amoindrir l'importance de toute recherche, qui aurait en vue d'isoler, s'il était possible, l'élément producteur du chancre mou, comme si ces études avaient démontré d'une façon tout à fait indiscutable qu'il n'y a pas de virus unique et spécifique appartenant au chancre mou.

Nous croyons, au contraire, que ces travaux auraient amené à des conclusions bien différentes et que, tout au moins pour expliquer bien des faits qui, avec la doctrine de l'hétérogénie, restent tout à fait incompréhensibles, on aurait dû multiplier les tentatives pour se rendre maître de cet élément mystérieux, qui donne au chancre mou un caractère distinctif si particulier.

Si les études cliniques et expérimentales de Pick, Kraus, Wigglesworth, Kaposi, Morgan, Schwabach, Ricordi, Tanturri, etc., ont démontré qu'il est possible de produire, avec le pus puisé à une source autre que le chancre mou, une lésion qui a quelque ressemblance avec celui-ci, qui peut même se reproduire pendant un certain nombre de générations, il faut remarquer aussi que les expériences n'ont pas toujours donné des résultats égaux et constants entre les mains de divers expérimentateurs.

En tous cas, il ne faut pas perdre de vue, que :

1° On ne peut pas toujours produire, à volonté, le chancre par l'inoculation d'un pus commun. « Une nombreuse série d'inoculations avec le « pus de sources très différentes a donné un résultat négatif » a écrit Rieger, en se basant sur les diverses expériences d'inoculation faites par Rinecker à la clinique de Wurzbourg. « A côté de nombreux résultats « négatifs, on en a obtenu des positifs, » a écrit Finger dans sa communication au Congrès médical de Strasbourg sur la nature du chancre mou.

2° L'ulcération qui se produit présente dans sa morphologie, dans son évolution et dans ses complications, certains caractères, qui la distinguent du chancre mou typique, et qui sont ordinairement en rapport avec une moindre virulence.

D'ordinaire elle a une tendance destructive plus faible, ne donne paslieu à des bubons (Schwabach) ou du moins n'en produit que très rarement et guérit spontanément.

Finger avoue encore, dans la communication dont nous parlons, en relatant les résultats de l'inoculation de peau à peau, que la lésion n'était pas suffisamment typique pour qu'il pût désigner sous le nom de chancre mou les résultats obtenus par l'inoculation.

3° Le pus de ces ulcérations, même lorsqu'il s'est montré inoculable, ne l'a été que pendant un nombre bien plus restreint de générations.

Quoi qu'il en soit, il nous semble que lorsqu'on considère l'extrême contagiosité de la sécrétion d'un chancre mou, qui communique la contagion à tout ce qu'elle touche, qui s'entoure très fréquemment d'une série d'ulcérations de même nature pour peu qu'on néglige de protéger les parties voisines, qui enfin pullule sur place avec une fécondité effrayante ; en d'autres termes, lorsque l'on considère son extrême virulence, alors que, dans l'état actuel de nos connaissances, l'idée du virus implique nécessairement celle du *quid vivum*, le syphiligraphe doit avant tout s'appliquer, par tous les moyens dont il peut disposer, à la recherche de cet élément. Une fois cet élément connu et isolé, il serait beaucoup plus facile de constater d'une manière bien plus précise et bien plus scientifique que ne saurait le faire à elle seule l'expérience clinique, qui est si souvent une cause d'erreur, la différence entre la nature intime d'un chancre mou proprement dit et une autre lésion, déterminée par un pus commun et ayant des caractères très analogues à ceux du chancre mou. Alors peut-être serait-il possible de déterminer pourquoi le pus commun ne peut produire que dans un certain nombre de cas des ulcères ayant l'aspect de chancres mous, et d'établir quelles sont les conditions spéciales qui favorisent le plus efficacement l'inoculation positive avec du pus commun, conditions que les partisans de l'hétérogénie du chancre

mou avouent ne pas connaître actuellement, mais qu'ils seraient portés à considérer comme tenant plus à la nature du terrain qu'à des différences dans la qualité des semences.

Lorsque Finger rapporta, à la section de dermatologie et de syphiligraphie du Congrès médical de Strasbourg (18-23 septembre 1885), une série d'expériences personnelles sur l'inoculation du pus commun sur la peau et sur les muqueuses, à la suite desquelles il concluait que le chancre mou ne devait être considéré que comme le produit de l'inoculation d'un pus «irritant» (?) sur des régions de la peau ou des muqueuses suffisamment irritables, Neisser objecta avec raison qu'il est bien permis de croire que c'est justement le virus du chancre mou que Finger préfère appeler la cause suffisante.

Si un pus quelconque n'engendre pas toujours le chancre mou, le concours d'un virus paraît nécessaire, et il est très logique de supposer que ce virus vient du dehors et qu'il est représenté par un virus animé.

Mais examinons rapidement les arguments principaux, qui engagent certains auteurs à refuser, presque *a priori*, toute virulence spécifique au chancre mou, donnant ainsi peu ou point d'importance à la recherche bactériologique.

On a dit qu'il n'y a pas d'incubation, ou en d'autres termes que le développement du chancre commence immédiatement après l'inoculation, ce qui nous paraît être peu exact. S'il est vrai que la période d'incubation est de courte durée, on ne peut pas dire qu'elle fasse absolument défaut, car elle est représentée précisément par cette période de temps nécessaire au développement de la pustule chancreuse, et à laquelle beaucoup de ceux qui sont portés à refuser au chancre mou toute période d'incubation donnent le titre de période de préparation. Il paraîtrait donc alors que tout se réduirait à une question de mots.

On a dit aussi que les diverses régions du corps réagissent d'une façon tant soit peu différente sous l'influence du pus chancreux, que sur le tronc et sur les membres, par exemple, on n'obtenait pas toujours une ulcération aussi rapide et aussi étendue, alors que la peau, dont la constitution chimique est partout la même, devrait toujours offrir, aux processus bio-chimiques du virus, un terrain également favorable. Mais n'en est-il pas de même avec le chancre syphilitique, dont personne n'oserait, pour cette raison, nier la virulence? On sait que la peau, en réagissant d'une manière différente contre le virus syphilitique, suivant les régions sur lesquelles le virus a été placé et souvent même dans une même région, peut être parfois le siège d'une sclérose à peine appréciable d'apparence papyracée, et parfois au contraire d'une sclérose très remarquable, d'aspect cartilagineux, que sa surface peut rester absolument

intacte ou à peu près, ou au contraire être profondément ulcérée. On a dit encore : dans le chancre mou, quoique la période de progrès dure de trois à quatre semaines, le pus de la première semaine est plus actif que celui de la seconde, celui de la seconde plus actif que celui de la troisième, tandis qu'il devrait arriver précisément le contraire, s'il s'agissait d'une maladie virulente, la multiplication du virus marchant du même pas que l'accomplissement des phénomènes morbides. Les expériences ne concordent, à la vérité, pas sur ce point : le fait constant, c'est que le chancre mou sécrète un pus inoculable pendant toute la durée de sa période d'extension et, depuis les expériences de Fournier, il semble démontré que, lorsque le chancre est déjà parvenu à une époque très voisine de sa cicatrisation, la sécrétion très liquide et à peine purulente que l'on recueille à sa surface peut encore être quelquefois inoculée avec succès; nous avons pu nous-même obtenir dans nos expériences des résultats semblables à ceux de Fournier. Il n'est point exact de dire, comme quelques-uns l'ont soutenu, que l'hypothèse d'un virus n'est pas compatible avec ce fait d'observation, que certaines maladies aiguës diminuent pendant toute leur durée la réceptivité pour le chancre mou. On sait, au contraire, que souvent le développement d'une maladie aiguë peut, pendant toute sa durée, arrêter le cours d'une maladie préexistante; il en est ainsi de l'érysipèle, par exemple, qui, se développant chez un malade syphilitique, peut arrêter et même guérir les manifestations de la syphilis, même pendant leur période de développement actif. Et, en outre, pourquoi l'élévation de température, qui accompagne les maladies aiguës, devrait-elle rester sans effet contre le virus du chancre mou, alors qu'il suffit de modifier, même dans des limites très restreintes, la température des étuves d'incubation pour arrêter ou, au contraire, pour activer le développement d'un virus animé sur les milieux de culture ordinaires? Et n'y a-t-il pas des observations clinico-expérimentales, qui tendent justement à démontrer que sous l'influence d'une certaine élévation de température (38-40°) la virulence de la sécrétion chancreuse est complètement détruite ou tout au moins paralysée (Aubert [de Lyon], Martineau et Lormand, etc.)?

Il nous semble que plus les progrès de la science, avec toutes ses exigences, multiplient les différences qui caractérisent les diverses ulcérations d'après leurs signes extérieurs, plus il est du devoir du pathologiste de s'adresser à tous les moyens d'études, afin d'arriver à les classer d'après leur essence, en fixant leur individualité et les caractères propres de chacune d'elles en particulier.

Si, autrefois, l'étude de la morphologie du chancre mou pouvait suffire à en fixer les caractères considérés comme pathognomiques (base molle, fond grisâtre, bords douloureux, enflammés, rouges, taillés à pic

et décollés) et si, ensuite, depuis Ricord jusqu'à nos jours, ce fut le caractère de l'inoculabilité de sa sécrétion, qui servit à le distinguer de toute autre ulcération de cause vulgaire, ces caractères ne suffisent plus ; surtout depuis qu'un certain nombre d'expériences semblent tendre, au moins dans certaines limites, à diminuer l'importance de ce caractère même, nous avons le devoir de demander, avec plus d'insistance encore, à la microscopie, à la bactériologie et même peut-être à la chimie, les signes les plus intimes du diagnostic.

Et ce devoir, ces besoins se font sentir encore plus si l'on envisage aussi le grand intérêt pratique que peut avoir un diagnostic exact en fait de maladies vénériennes, principalement au point de vue médico-légal.

Nous ne saurions nullement comprendre pourquoi le chancre mou, comme quelques-uns le prétendent, ne doit pas se juger de la même façon que le processus blennorrhagique, et pourquoi l'on ne doit pas suivre à son égard le même système de recherches. Certes, on a beaucoup discuté et expérimenté, même pour la blennorrhagie, afin de savoir si des causes même vulgaires (traumatismes, agents chimiques, etc.) peuvent ou non déterminer dans l'urètre un processus catarrhal très analogue au véritable processus blennorrhagique, mais on n'a pas pour cela négligé d'employer les moyens de recherches que fournit la bactériologie et qui peuvent seuls déterminer quel est le véritable agent constitutif du virus blennorrhagique.

Ce n'est pas parce que la clinique a enregistré des exemples de vulvo-vaginites chez des filles en bas âge, susceptibles d'être contagieuses et de produire une blennorrhagie urétrale typique, ou bien encore des exemples de blennorrhagie survenant après le coït avec une femme réglée ou atteinte de catarrhe utéro-vaginal, que l'on a universellement conclu que le processus blennorrhagique doit être considéré comme un processus de nature commune et que les recherches de parasitologie n'ont été d'aucune importance. Au contraire, on a appliqué ces études à la blennorrhagie sur une vaste échelle.

En tout cas, si l'on voulait s'en tenir à la seule observation clinique pour en tirer des conclusions définitives à cet égard, il serait bien plus correct de considérer, tant la blennorrhagie que le chancre mou, comme étant tous deux des processus de nature vulgaire, ainsi que le fait Bumstead, plutôt que de regarder la blennorrhagie comme une inflammation contagieuse et spécifique, et le chancre mou comme le résultat de l'inoculation d'un pus irritant, comme le pense Finger.

Il est bon, en effet, de se rappeler à ce sujet que Bumstead, qui considère le chancre mou comme ne dépendant pas d'un virus spécifique,

écrit à propos de la blennorrhagie les lignes suivantes : « On a supposé « qu'elle dépendait d'un virus qui lui est propre, le virus gonorrhoïque; « maintenant on sait qu'elle peut être causée par un irritant simple « quelconque, mais plus particulièrement par le pus urétral ou par « celui d'autres muqueuses inflammées, que ce pus doive ou non son « origine à la contagion. Telle a été l'histoire de la blennorrhagie, telle « sera, nous pouvons le dire, l'histoire du chancre mou. »

Il n'est pas possible de considérer le chancre mou comme le résultat d'une infection pyoïde commune, plus ou moins localisée, sous le prétexte que dans la sécrétion chancreuse on retrouve ordinairement les micro-organismes pyogènes (St. albus, albus cereus, aureus citreus), alors qu'on est forcé de reconnaître la spécificité de la blennorrhagie, dans le produit de laquelle on rencontre, à côté de la même série de micro-organismes pyogènes, le gonococcus de Neisser (Campana).

En effet, si dans la blennorrhagie les éléments pyogènes sont insuffisants à rendre compte du processus, il doit en être de même pour le chancre mou, dont on n'est pas en droit de nier l'élément spécifique pour cette seule raison que jusqu'à ce jour on n'a pas encore pu le découvrir,

C'est précisément parce que nous nous sommes laissé guider par ces considérations, que lorsque nous nous proposâmes d'étudier la nature intime de la contagion chancreuse, pendant notre temps d'exercice comme assistant de la Clinique des maladies vénériennes et de la peau, dirigée par M. le professeur de Amicis, nous dirigeâmes nos recherches vers la découverte d'un *quid* spécifique, lequel présentant tous les caractères de la multiplication doit être en même temps un *quid vivum*.

A la vérité, il y a déjà longtemps que l'idée d'un agent contagieux organisé du chancre mou a pris racine, et on ne peut pas dire que les recherches entreprises dans ce but fassent défaut, mais elles n'ont jamais permis d'arriver à quelque conclusion sérieuse, car la multiplicité des micro-organismes qui existent dans un chancre exposé à l'air et la variété qu'ils offrent d'un chancre à l'autre, empêchaient tout accord dans les résultats obtenus par les différents observateurs. Et encore, si, par un heureux hasard, on avait obtenu cet accord tant désiré, à l'aide de simples recherches microscopiques, sans recourir à des cultures et à des inoculations, qui aurait jamais pu affirmer que le micro-organisme pathogène était précisément celui que l'on désignait parmi tant d'autres?

Nous croyons, en outre, que cette disparité de résultats n'a pas été la dernière des raisons qui ont discrédité, auprès d'un grand nombre de médecins, la doctrine parasitaire et spécifique du chancre mou.

Sans tenir compte de l'observation de Hauptmann qui voulut admettre, dès le XVIIe siècle, l'existence d'une espèce particulière d'insectes dans le

pus chancreux, nous ne ferons que rappeler, à titre de simple souvenir historique, le vibrio-lineola de Donné, les parasites de Didier, la crypta syphilitica de Salisbury, le coniothécium syphiliticum de Hallier, et nous ne nous arrêterons même pas aux travaux de Obraszow, Leistikow, Morisow, Ferrari et Mannino, aucun de ces auteurs n'ayant cherché spécialement à confirmer par des cultures les résultats que leur avaient fournis l'examen microscopique dans leurs recherches sur le chancre mou et les bubons consécutifs.

Ce fut en 1886 que de Luca (de Catane), dans un mémoire intitulé : *Il micrococco dell' ulcera molle*, ayant appliqué la méthode ordinaire d'isolement sur gélatine nutritive de viande à l'étude de la sécrétion d'un chancre mou de l'orifice antérieur du vagin et à celle d'un autre chancre expérimental produit par le pus de ce dernier, annonça qu'il avait résolu le problème et arriva aux conclusions suivantes :

1° Le principe contagieux du chancre mou réside dans un micro-organisme spécial, le *micrococcus ulceris*, lequel, inoculé en culture pure chez l'homme, reproduit le chancre mou.

2° Outre le micrococcus ulcéris, il végète dans le chancre mou d'autres micro-organismes, parmi lesquels les plus importants sont le staphylococcus (aureus et citreus) et le streptococcus pyogenes.

3° Les micro-organismes désignés en dernier lieu sont les facteurs du bubon simple causé par le chancre.

4° Lorsque le micrococcus ulceris parvient avec eux dans le ganglion lymphatique, le bubon chancreux se produit.

5° Dans ce cas, le pus du bubon ne prend les caractères du pus chancreux que vingt-quatre à quarante-huit heures après l'ouverture du foyer, parce que le micrococcus ulceris ne se développe que lorsqu'il est mis en contact avec l'air et dans l'espace de temps qui vient d'être désigné.

Le micrococcus de Luca était de très faibles dimensions (0,5 à 0,6 μ) à éléments isolés dans les préparations très délayées ou bien réunis en zooglées, sans aucune forme déterminée dans les moins délayées, avec quelques diplococci ou même avec quelques chaînettes de cocci de plus grandes dimensions. Il se développait bien dans la gélatine nutritive de viande, dans celle du sang, sur les pommes de terre et même dans le sérum de l'ascite, à la température ordinaire, ou mieux encore et plus rapidement entre 28-38 degrés.

Il est vrai de dire qu'avant de Luca, Straus en 1884 avait déjà eu l'idée d'isoler l'élément contagieux du chancre mou et que, afin d'écarter les micro-organismes qui se trouvent accidentellement à la surface d'un chancre exposé à l'air, il crut opportun de diriger ses investigations sur le pus du bubon non encore ouvert, plutôt que sur la sécrétion du chancre

lui-même. Mais, dans plus de cinquante-huit cas, il examina le pus du bubon au microscope avec les méthodes de coloration les plus diverses et le trouva constamment dépourvu de micro-organismes ; dans tous les essais d'inoculation qu'il fit, il constata qu'il était dépourvu de toute virulence; enfin il le trouva constamment stérile dans les différents essais qu'il tenta pour le cultiver, dans le bouillon, sur la gélatine, sur l'agar-agar, etc; aussi il ne put aboutir à aucune conclusion, au sujet de l'existence du micro-organisme du chancre; il dut se prononcer contre la doctrine de Ricord jusqu'alors universellement admise, et arriva à cette conclusion que les bubons du chancre mou sont toujours d'une seule et même nature, c'est-à-dire qu'ils ne sont jamais originairement virulents et qu'ils ne peuvent le devenir que plus tard par inoculation secondaire et accidentelle après leur ouverture.

Campana, en étudiant comparativement le chancre mou, les diverses lésions qu'il engendre et les produits septiques de lésions différentes, obtint par la culture, indistinctement dans tous les cas, des colonies de staphylococcus pyogenes, albus, albus-cereus et aureus-citreus et jamais aucun autre micro-organisme.

En nous préparant à l'étude de cet important sujet, nous avons cru tout d'abord devoir contrôler le travail de Luca et nous aurions été enchanté d'arriver par nos propres recherches à des conclusions identiques aux siennes, puisque tout en se prêtant bien à l'explication des faits elles étaient déduites d'une étude expérimentale.

Nous avons, nous aussi, fait des cultures d'isolement sur la gélatine nutritive, avec la sécrétion de quatre chancres mous typiques des organes génitaux, n'ayant jamais été soumis à aucun traitement; mais nous n'avons jamais pu obtenir des colonies de micrococcus, lesquels, inoculés chez l'homme en culture pure, aient reproduit le chancre mou. Les colonies obtenues dans les cultures variaient d'un chancre à l'autre, comme il était du reste facile de le prévoir *a priori,* car il s'agissait de chancres exposés à l'air, et si les micro-organismes pyogènes rencontrés par Campana étaient les plus fréquents, ils n'étaient pas même constants, puisque dans les essais de culture de la sécrétion d'un de ces quatre chancres, nous n'avons pas même pu obtenir une seule colonie qui, chez les animaux ou même chez l'homme, déterminât des lésions suppuratives.

Mais passons sur les détails de nos recherches de contrôle, afin de ne pas abuser trop longuement de la patience du Congrès.

Ce fut alors qu'il nous vint à l'idée de changer de voie et d'en suivre une diamétralement opposée à celle qu'avaient parcourue nos prédécesseurs. Nous pensâmes que le virus du chancre mou, comme un grand nombre d'autres virus, pouvait ne rencontrer, dans aucun de nos

moyens ordinaires de culture, les conditions nécessaires à son développement, et que, en nous obstinant à suivre la méthode ordinaire d'isolement sur gélatine nutritive, nous pourrions perdre notre temps à l'étude des propriétés biologiques d'un grand nombre de bactéries plus ou moins communes, sans faire avancer la question d'un pas. Et alors nous nous proposâmes d'isoler, autant que possible, le micro-organisme pathogène dans son terrain de culture naturelle, nous voulons dire sur la peau même de l'homme, en débarrassant le chancre de tous les micro-organismes accidentels qui pouvaient s'y trouver, et en adoptant une méthode spéciale de passages successifs pendant un certain nombre de générations, dans un milieu parfaitement amicrobique.

Avant d'exposer le résultat de notre étude, nous résumerons, dans ses plus petits détails, la technique que nous avons suivie, car c'est d'elle que dépend le secret de la réussite.

Nous prenons pour sujet d'étude un chancre mou typique; la région où l'inoculation devra se faire et même une zone environnante assez étendue (nous nous sommes servi constamment de la région antérieure du bras) est d'abord très bien lavée avec du savon au sublimé au centième, avec de l'alcool absolu en grande abondance et avec de l'eau stérilisée; elle est immédiatement recouverte d'un verre de montre très concave, stérilisé à 150 degrés, et mis en place avant d'avoir cessé le lavage à l'eau; le verre de montre est soulevé comme une soupape pendant un très court instant et seulement par la partie inférieure, au moment où l'opérateur, après avoir pris au bout d'une aiguille stérilisée un peu de la sécrétion du chancre, enfonce rapidement la pointe chargée de cette matière dans l'épaisseur de la peau. Une fois cela fait, on fixe très fortement le verre de montre sur le bras au moyen d'une longue bande de taffetas, bien chauffée à la lampe, de telle sorte que, pendant que sa partie moyenne où l'on a eu soin de faire un petit trou s'applique sur le verre de montre, le reste de sa longueur entoure deux fois la circonférence du membre très étroitement, et de façon à faire pénétrer entièrement le bord du verre dans l'épaisseur de la peau comme un verre de montre dans son encadrement. Un morceau d'ouate et un bandage circulaire bien ajusté assurent encore mieux l'immobilité parfaite de l'appareil.

Dès que la pustule expérimentale s'est développée, c'est-à-dire dans le courant du deuxième au quatrième jour,— et au moyen de la petite fenêtre pratiquée dans le taffetas, il est facile d'en surveiller l'évolution, — on en pratique le passage sur un second bras, puis sur un troisième et ainsi de suite à volonté, en se conformant toujours aux mêmes règles et en observant les mêmes précautions.

Pour opérer le passage d'un bras à l'autre, une fois qu'on a enlevé la ouate et la bande circulaire du bras qui doit fournir le pus, on coupe le taffetas avec des ciseaux à droite et à gauche du petit verre et dans la direction de l'axe du bras même (V. fig. 1). Lorsque l'autre bras, qui devra subir l'inoculation est parfaitement préparé de la manière décrite ci-dessus, on relève délicatement de bas en haut le morceau de taffetas déjà coupé et encore adhérent au bras, jusqu'à ce que l'on ait écarté le bord inférieur du petit verre de la peau dans laquelle il se trouve inséré, et cela seulement pendant le temps strictement nécessaire pour recueillir, avec une aiguille stérilisée, un peu du produit de la pustule qui s'y est développée et quel'on inocule rapidement à l'endroit déjà préparé pour le recevoir.

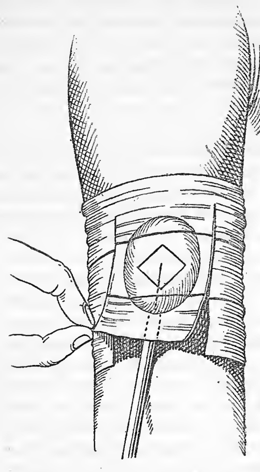


Fig. 1.

Cet appareil, une fois coupé, sera ensuite exactement remis en place et bien fixé avec une nouvelle bande de taffetas, jusqu'à ce qu'on soit sûr que la nouvelle inoculation qu'on vient de faire a réussi, et cela pour ne pas risquer d'interrompre la série en cours et d'être contraint à recommencer de rechef.

Il est très utile que le pus soit extrait de la pustule lorsqu'elle est suffisamment développée, mais avant qu'elle se soit rompue, tant pour rendre toujours plus difficile toute contamination accidentelle provenant de l'extérieur, que parce que la rupture de la pustule et l'écoulement de sa sécrétion jusqu'aux bords du verre de montre qui la recouvre, risqueraient d'inoculer le sillon circulaire que produit la pression exercée sur la peau par le bord du verre de montre : en effet, on peut, au moment de l'ouverture de l'appareil, être désagréablement surpris en constatant une vaste ulcération circulaire ou demi-circulaire, répondant ordinairement à la moitié inférieure du verre de montre.

Par une surveillance vigilante et diligente, on parvient toujours à surprendre la pustule dans sa parfaite intégrité.

On comprend facilement pourquoi, pour nos inoculations, nous avons choisi de préférence le bras; sa forme à peu près cylindrique se prêtant très bien à la fixation du petit appareil, qui, au bout de plusieurs jours, n'avait dans aucun cas bougé d'un millimètre.

Dans le but d'éviter toute attaque contre les résultats de nos expériences, nous avons jugé convenable de les répéter sur une plus large échelle; et, en prenant pour point de départ trois chancres mous typiques de source différente siégeant aux organes génitaux, nous avons produit par des inoculations successives, et toujours dans les conditions exposées ci-dessus, trois séries différentes de pustules expérimentales, que nous avons suivies jusqu'à la quinzième génération.

Après le passage d'un bras à l'autre du contenu de chaque pustule, nous avons toujours méthodiquement fait des préparations microscopiques multiples, en desséchant le pus en couches très fines sur des lamelles couvre-objets, que nous avons traitées par divers procédés de coloration, en même temps que nous faisions toujours des inoculations sur les milieux de culture artificielle les plus variés.

Dans le pus des trois chancres originaires, nous avons pu découvrir au microscope une grande variété de micro-organismes, se cultivant dans les milieux ordinaires de culture artificielle, micro-organismes qui n'étaient pas même constants, et qui variaient d'un chancre à l'autre. Le nombre de ces micro-organismes diminuait peu à peu dans les pustules expérimentales des premières générations, et nous finissions par obtenir dans toutes les générations successives, ordinairement à partir de la cinquième ou de la sixième, un produit purulent qui, tout en conservant toujours au plus haut degré sa virulence naturelle, et restant toujours susceptible de reproduire à volonté un chancre mou absolument caractéristique, ne se développait sur aucun des terrains de culture que nous expérimentions. Parmi ces milieux de culture, nous avons expérimenté :

a Le bouillon de viande, soit de bœuf, soit de poulet, aussi bien simple que peptonisé, alcalin, neutre, ou acide; *b* la gélatine nutritive de viande; *c* le sérum du sang de bœuf; *d* le sérum du sang de l'homme; *e* l'agar simple; *f* l'agar glycériné; *g* le lait; *h* l'urine; *i* l'urine diabétique, contenant de 5-10 p. 100 de sucre diabétique; *k* la décoction d'orge; *l* les pommes de terre; *m* les œufs; *n* la bouillie de pain, en les exposant aux températures les plus diverses, variant entre 18 et 37 degrés.

Nous n'avons pas non plus négligé les essais de culture dans le vide, et toujours nous avons obtenu un résultat négatif identique.

Cependant ce virus pur, ainsi obtenu par les passages d'un bras à l'autre, montre constamment et exclusivement au microscope une forme de micro-organisme spécial (fig. 2), représenté par une bactérie d'une longueur de 1,48 μ et d'une largeur de 0,50 μ, court et gros, ayant des extrémités très arrondies, et qui le plus souvent présente une dépression latérale comme les microbes en 8 de chiffre. Quelquefois cette dépression fait défaut, et alors le micro-organisme présente la forme d'un bacille court et gros. Les rares formes rondes, que l'on rencontre parfois, représentent vraisemblablement la même bactérie vue verticalement.

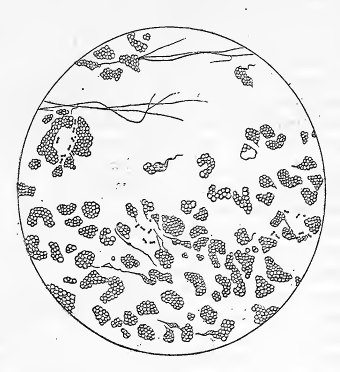


Fig. 2

Oculaire Zeiss, nº 3, objectif à immersion homogène $\frac{1}{12}$.

Cette bactérie est assez abondante dans quelques préparations, et dans quelques autres elle est plutôt rare, et on la voit ordinairement par groupes de quatre, cinq, huit éléments ou plus, quoiqu'on puisse la trouver aussi çà et là disséminée, isolée ou par couples. Elle occupe de préférence l'intervalle des cellules, mais on peut la rencontrer dans le protoplasme même de la cellule purulente.

Les matières colorantes qui lui conviennent le mieux sont la fuchsine, le violet de méthyle et le violet de gentiane. En employant une solution alcoolique de ces matières et surtout de la première d'entre elles, puis lavant avec l'eau distillée et montant dans le baume, après dessiccation à la

lampe, on obtient en quelques minutes des préparations excellentes avec du pus du chancre purifié, étendu en couches très minces sur des lamelles couvre-objets.

Par la méthode de Gram et par celle du Kühne, on ne réussit pas à colorer ces bactéries.

Chez quatre malades inoculés avec des pustules de douzième, sixième, septième et douzième génération, la couche épidermique s'était rompue avant que l'appareil eût été ouvert et enlevé, et il s'était produit de vastes chancres en forme de demi-lune, correspondant à la moitié inférieure du bord du verre de montre et même chez un d'eux à la moitié supérieure, mais dans une moindre étendue; nous avons mis à profit l'abondance relative de ce produit chancreux pour en faire l'inoculation aux animaux.

En ayant aspiré une certaine quantité, avec toutes les précautions d'usage, à l'aide de la seringue de Tursini, stérilisée à la chaleur sèche, nous avons pratiqué des inoculations sous-cutanées et intrapéritonéales chez les cochons d'Inde et chez les lapins, sans que ces animaux présentassent ensuite le plus léger symptôme morbide. Nous n'avons jamais rien remarqué sur les points où l'inoculation avait été faite et nous n'avons observé aucun trouble général; dans les cas d'inoculations sous-cutanées, c'est à peine si l'on pouvait reconnaître la trace de piqûre de l'aiguille au point où elle avait été introduite dans la peau.

L'examen microscopique du produit inoculé, et les résultats négatifs de sa culture, nous étaient une preuve que les inoculations aux animaux ont été faites avec un virus pur, qui s'était conservé tel, malgré la rupture spontanée de la pustule et l'écoulement de son contenu vers les bords du verre protecteur; cela montrait une fois de plus la valeur de notre petit appareil qui, appliqué comme nous l'avons fait, garantit bien de toute contamination par des micro-organismes étrangers la portion de la peau qu'il isole.

Du résultat de nos expériences, nous nous croyons autorisé à conclure que :

1° *Le virus du chancre mou est dû à un élément animé et spécifique.*

2° *Ce virus n'a pas encore été cultivé, parce que, réduit chez l'homme à l'état de pureté, il est constitué par un micro-organisme qui ne se développe pas dans les milieux de culture artificielle.*

3° *Tout micro-organisme désigné jusqu'ici comme facteur du chancre mou, et facilement cultivable, doit être considéré, précisément pour cette raison, comme entièrement étranger au processus chancreux.*

En suivant de près le résultat des inoculations multiples que nous avons pratiquées dans le but de purifier le chancre, nous avons aussi eu l'occasion de constater plusieurs autres faits dignes de remarque :

1° La sécrétion d'un chancre mou, déjà purifié de tout micro-organisme étranger et qui avait suivi sa marche normale chez le malade qui en était porteur, inoculée sur le bras d'un malade atteint d'un chancre phagédénique de la verge, donna lieu à un chancre qui, tout en paraissant, d'après l'examen microscopique et les essais de culture, conserver toute sa pureté originelle, résista pendant plus de cinq mois à toute espèce de traitement, et ne manifesta aucune tendance à la guérison, quoique, avec son produit, on ait pû continuer la série des inoculations, et obtenir toujours des chancres mous typiques, parfaitement purs eux-mêmes, et ne tendant pas à dévier de leur marche.

Ce fait est un argument en faveur de la doctrine qui veut que le phagédénisme soit considéré comme étant produit plutôt par une modification intime de l'organisme sur lequel il se développe, que par un élément spécial qui s'ajoute au virus chancreux.

2° Une température de 39-40 degrés, agissant pendant un temps suffisant, est capable de paralyser et même d'éteindre la vie de l'élément producteur de la contagion chancreuse. Ainsi, un premier essai d'inoculation, chez un malade de la première série, donna un résultat négatif, parce que le malade, dans la soirée du jour où l'opération avait eu lieu, fut atteint d'une fièvre qui monta à 40°,2 et dura deux jours. Le même effet se produisit chez un autre malade de la troisième série : le premier essai d'inoculation fut fait sur lui alors que, sous l'influence d'un bubon inguinal, sa température s'était élevée à 39°,3. Chez un autre malade de la même série, le chancre mou inoculé au bras gauche fut arrêté dans sa marche et guérit spontanément, sous l'influence d'un érysipèle qui se développa sur une jambe déjà atteinte d'un eczéma, et qui fut accompagné d'une fièvre violente (38°,7 à 40°,3) pendant plus d'une semaine.

3° En observant comparativement deux chancres d'inoculation expérimentale, dont l'un a été purifié et l'autre ne l'a pas été, il n'est pas possible de les distinguer l'un de l'autre d'après leurs caractères extérieurs, car tous les deux présentent une parfaite identité, tant dans la durée nécessaire à leur développement que dans la tendance à la destruction des tissus et dans le temps qu'ils mettent à atteindre la période de réparation. Chez l'un comme chez l'autre, la déviation phagédénique est possible; ainsi que nous venons de le dire, ils peuvent, aussi bien l'un que l'autre, donner lieu à un bubon. Il faut donc conclure de ces

faits que, dans le processus chancreux, l'importance des éléments pyogènes est, ou bien tout à fait nulle, ou bien très secondaire.

Il ne nous a pas suffi, cependant, d'en rester là; nous avons voulu faire porter nos expériences sur un autre point de la vénéréologie, qui présente, avec l'étude du chancre, des rapports très intimes et sur lequel, malgré de nombreuses recherches, l'accord n'est pas encore fait; nous voulons parler de la pathogénie du bubon qui accompagne le chancre mou. Il nous a même semblé que nous ne pouvions nous dispenser de faire cette étude, qui pouvait servir de contrôle aux résultats que nous avons soutenus relativement à la nature intime du chancre mou.

On sait que les vénéréologues peuvent aujourd'hui se classer, à cet égard, en trois groupes différents.

Certains pensent avec Ricord que le chancre mou peut être accompagné de deux espèces de bubons, l'un simple, inflammatoire ou sympathique, avec pus non inoculable, et l'autre chancreux ou symptomatique, avec pus inoculable pendant plusieurs générations (Horteloup, Diday, Gémy, Aubert, Ferrari, Tommasoli, de Luca, etc.). D'autres, avec Straus, croient que le bubon produit par le chancre mou est toujours d'une espèce unique, de nature inflammatoire, le bubon ne pouvant devenir chancreux que consécutivement, par l'inoculation secondaire du produit du chancre, après son ouverture (Humbert, Roque, Spillmann, Robin, Mannino, Barduzzi, etc.). D'autres, enfin, refusent absolument au chancre mou tout caractère spécifique, sont amenés logiquement à déclarer que la distinction entre le bubon simple et le bubon chancreux n'a pas raison d'être, l'un et l'autre représentant toujours un même processus, le processus de suppuration, avec ses diverses variations d'intensité (Finger, Campana).

On sait aussi que pour expliquer pourquoi l'inoculation du pus d'un bubon vénérien, immédiatement après son ouverture, donne presque toujours un résultat négatif, et pourquoi il n'acquiert la virulence qu'au bout d'un certain temps, on a recours aux hypothèses les plus diverses, parfois même les plus fantastiques. Ricord a supposé que le pus du chancre, étant transporté dans le ganglion par les vaisseaux lymphatiques, c'était dans ce ganglion même que siégeait le pus virulent, et que le pus superficiel, dû à la péri-adénite, ne devenait inoculable que quelque temps après l'ouverture du bubon, c'est-à-dire lorsque le pus intérieur s'acheminait vers l'extérieur. — Horteloup a admis, dans l'intérieur de la glande, un véritable processus de gangrène, capable de neutraliser la virulence du produit, qui redeviendrait inoculable après

l'élimination des produits gangréneux. — Aubert (de Lyon) pense que la virulence du pus contenu dans le bubon non encore ouvert est temporairement détruite par l'élévation de la température à laquelle il se trouve soumis, et que, pour devenir virulent, il faut que la température s'abaisse par suite de l'incision. — Ferrari admet, avec Aubert, l'action paralysante de la température et pense qu'elle se produit précisément sur les bacilles que lui-même a observés dans le pus du chancre mou, et que, dans son opinion *a priori*, il pense devoir constituer le vrai principe spécifique de celui-ci. — Tommasoli se demande si la lumière et l'air ont, comme la chaleur, quelque influence sur le virus du bubon. — De Luca, au contraire, ayant vu que son micrococcus ulceris se développe encore bien à la température de 40 à 41 degrés, et ayant pu même l'isoler sur la gélatine nutritive dans le pus d'un bubon inguinal, en suivant la méthode de Auspitz, n'accepte pas l'hypothèse d'Aubert ; il pense que le bubon simple ou sympathique se produit lorsque les micro-organismes pyogènes seuls sont transportés du foyer chancreux dans la glande, et que le bubon chancreux ou symptomatique se développe, au contraire, lorsque le micrococcus ulceris les accompagne ; ce micrococcus ulceris, étant un micro-organisme aérobie, peut très bien ne se développer que lorsque l'incision de la poche purulente lui a procuré l'air dont il a besoin pour végéter. — Mannino, qui admet avec Straus une seule espèce de bubon, et qui aurait trouvé constamment dans le pus de ce dernier le streptococus pyogenes, déclare que ce micro-organisme est toujours la cause de la suppuration glandulaire ; le bubon n'accompagnerait pas toujours le chancre, parce que le streptococus pyogenes ne coexiste pas toujours avec les microbes spécifiques du chancre mou, lesquels sont pour Mannino des bacilles identiques à ceux de Ferrari.

Du seul fait que, chez deux des malades inoculés par nous au bras avec le pus d'un chancre mou déjà entièrement débarrassé de tout micro-organisme étranger, nous avons obtenu le développement d'un bubon suppuré de l'aisselle, nous serions déjà autorisé à déclarer inexactes les hypothèses de Finger, Campana, de Luca, Mannino et de tous les auteurs qui attachent une sérieuse importance aux micro-organismes communs de la suppuration dans la pathogénie du bubon.

Mais, pour procéder par ordre, nous dirons que dans nos expériences, sans nous laisser guider par aucune idée préconçue, nous nous sommes proposé de suivre la voie suivante :

1° Déterminer, à l'aide du microscope et des cultures artificielles, si le pus des bubons, superficiel ou profond, et celui des bubonules, extrait par la méthode la plus rigoureuse, contiennent des micro-organismes.

2° Dans le cas affirmatif, déterminer si leur existence est constante ou si elle est plutôt un rapport avec certaines formes spéciales du bubon (celles qui, pour certains auteurs, laissent présumer leur nature chancreuse), s'il contient le micro-organisme spécial que nous avons isolé dans le pus du chancre mou.

3° Rechercher si ce pus des bubons et des bubonules, observé au moment même où on l'extrait, en s'entourant toujours des plus rigoureuses précautions d'asepsie, offre quelquefois la même puissance d'inoculabilité chez l'homme et si la lésion à laquelle il donne lieu reproduit parfaitement les caractères cliniques et pathologiques du chancre mou typique.

4° Rechercher s'il donne lieu à des phénomènes morbides quand il est inoculé chez les animaux de laboratoire.

Pour trancher toutes ces questions, nous avons utilisé plus de cinquante cas de bubons et de bubonules pris pour la plupart dans la clinique dermo-syphilopathique, dirigée par M. le professeur de Amicis, parvenus à tous les degrés du développement et offrant les formes cliniques les plus différentes.

La technique suivie a été la même que celle que nous avons précédemment décrite pour les recherches sur la nature du pus chancreux, et nous l'avons également très rigoureusement observée.

Ici encore, nous avons désinfecté à l'aide du savon au sublimé, d'une solution de sublimé au centième, de l'alcool absolu et enfin avec de l'eau stérilisée, non seulement la tumeur entière, mais aussi une zone étendue de son voisinage que nous avions préalablement rasée; nous avons désinfecté de la même manière le point où l'inoculation devait être faite (toujours la région antérieure du bras) et nous l'avons protégée par le même petit appareil.

Nous avons toujours aspiré le pus avec la seringue de Tursini, qui permet la stérilisation à la chaleur sèche de 150 degrés, et dont l'aiguille-canule était enfoncée dans la tumeur fluctuante avant même d'interrompre le jet d'eau stérilisée, dirigé à sa surface. Après en avoir aspiré une certaine quantité, nous avons immédiatement pratiqué l'inoculation, avec l'aiguille même de la seringue, à l'endroit du bras qui était déjà garanti par le verre de montre et déjà préparé à la recevoir.

Dans beaucoup de ces cas, nous nous sommes borné à une simple inoculation dermique et dans plusieurs autres nous avons pratiqué l'inoculation hypodermique. Chez un certain nombre de malades, nous avons constamment traité le bubon, après son incision, pendant l'espace de deux semaines environ, par de simples lavages à l'eau stérilisée, en faisant ensuite un bon pansement occlusif avec beaucoup d'ouate et un bandage

croisé, et cela pour voir si pendant ce traitement, absolument indifférent, et uniquement destiné à garantir de toute contamination accidentelle la place du côté du foyer chancreux, celle-ci serait par hasard devenue virulente.

Quelques-uns de ces malades furent choisis parmi ceux chez lesquels le chancre était déjà guéri; d'autres parmi ceux qui étaient encore porteurs d'un chancre (nous donnions la préférence à ceux dont le chancre siégeait sur la peau de la verge), et chez ces derniers, avant de percer le bubon et d'en étudier la marche, le chancre était profondément cautérisé avec une solution saturée de chlorure de zinc et puis pansé séparément avec de la ouate au sublimé et avec un bandage, de manière à l'isoler entièrement de la plaie inguinale en suppuration.

Chez beaucoup d'autres malades, au contraire, après avoir inoculé le bras du malade avec le pus de son propre bubon immédiatement avant l'incision, nous avons intentionnellement négligé toute précaution spéciale, qui aurait pu empêcher d'une façon absolue la contagion de la plaie inguinale.

L'inoculation du pus des bubons et des bubonules au malade qui en était porteur a été ordinairement négative et n'a donné lieu que dans quelques cas à une fausse pustule dans les cas d'inoculations dermiques, ou à un foyer de suppuration plus ou moins remarquable dans les cas d'inoculations hypodermiques.

Avec le contenu de ces fausses pustules et même des abcès produits par l'inoculation, comme aussi avec le pus de tous les bubons et bubonules qui ont formé l'objet de notre travail, nous avons toujours tenté, en même temps que nous faisions les inoculations à l'homme, d'ensemencer les milieux ordinaires de culture (bouillon, gélatine, agar-agar, etc., et quelquefois sérum de sang humain), aussi bien dans l'air que dans le vide, sans jamais négliger les recherches micro-chimiques au moyen de méthodes de coloration très variées.

Sans entrer ici dans des détails inutiles, nous dirons que nous n'avons jamais pu obtenir aucun résultat positif des cultures et que nous n'avons jamais pu découvrir, dans d'innombrables préparations microscopiques, aucune trace de micro-organisme.

Les essais d'inoculations qui ont été faits chez les animaux de laboratoire ont donné aussi un résultat négatif, même lorsque nous avions inoculé dans leurs tissus une quantité relativement grande de pus. Quelquefois seulement, mais plus rarement que chez l'homme, l'inoculation dans le tissu conjonctif sous-cutané a produit chez les cochons d'Inde de légers accidents inflammatoires (un peu de rougeur à la peau et une légère élévation transitoire de température).

Ces résultats ont été constants, que le pus appartînt à des bubons ou ou à des bubonules d'apparence inflammatoire incontestable, ou qu'il provînt de bubons à développement lent, d'aspect strumeux et suppurés dès leur début.

A ce propos, nous rapporterons l'observation très importante d'un sujet chez lequel, à la suite d'un chancre de la peau de la verge à gauche, il se produisit un bubon inguinal du même côté, lequel, ayant suppuré et s'étant ouvert spontanément, avait pris un caractère chancreux lorsque le malade se présenta à nous pour la première fois. On voyait alors un bubonule à la base de la verge et, du côté gauche, précisément dans l'espace situé entre le chancre de la verge et la lésion chancreuse de l'aine. Ce bubonule avait parfaitement suppuré, mais la peau était intacte dans sa continuité, et son contenu, aspiré avec toutes les précautions d'usage, se montra, comme tous les autres, absolument inactif sur les milieux ordinaires de culture; on n'y voyait pas de micro-organismes au microscope et son inoculation au porteur ne détermina qu'une fausse pustule.

Nous ajouterons que tous les bubons incisés et soumis ensuite à une longue observation ne deviennent jamais chancreux ni virulents, grâce à un traitement occlusif complet avec beaucoup d'ouate et un bandage croisé bien établi. Sur cinquante malades, on put guère constater que chez trois des signes de virulence après l'incision, c'étaient précisément trois des malades chez qui on faisait avec intention le traitement sans aucune précaution spéciale, en même temps que celui de tous les autres vénériens; il était donc fort possible que la transmission de la contagion à la lésion de l'aine se soit fait par l'extérieur.

Nous pouvons déduire de tout ce qui précède que :

1° *Il existe une seule forme de bubon dû au chancre mou, c'est la forme simple ou inflammatoire, la forme chancreuse n'étant autre chose que le résultat de l'inoculation accidentelle après l'incision du bubon.*

2° *Le pus des bubons et des bubonules ne contient pas de micro-organismes qui puissent être démontrés par les moyens dont la science dispose actuellement, pas même le micro-organisme que nous avons isolé du chancre mou purifié, ni même les micro-organismes pyogènes communs.*

3° *Par conséquent, les bubons et les bubonules doivent très vraisemblablement être considérés comme le résultat de la réaction des tissus contre les produits particuliers de l'activité vitale du micro-organisme du chancre.*

Cette affirmation que le pus est amicrobique n'exige pas une réserve absolue, puisqu'il est aujourd'hui parfaitement démontré, par des expé-

riences bien confirmées, que la suppuration peut être aussi en rapport avec des substances chimiques communes parfaitement stérilisées (huile de croton : Councilmann), essence de térébenthine et mercure (Orthmann et Uskoff), essence de térébenthine et nitrate d'argent (Grawitz et de Bary), nitrate d'argent, essence de térébenthine et mercure (de Christmas), et avec des substances spéciales élaborées par des microbes (Leber). Ainsi avec une culture dans le bouillon du staphylococcus aureus par exemple, chauffée à 100 degrés, température qui détruit sûrement ce micro-organisme, on peut produire un abcès dans le tissu conjonctif sous-cutané du chien et même du pus dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin, tandis que la culture elle-même, comme le pus qui en est le produit, donne un résultat négatif si on l'inocule de nouveau dans le bouillon.

M. Fournier : Je n'ai qu'un mot à dire à propos de la communication de M. Ducrey. Il nous a affirmé, en terminant, qu'il n'avait jamais observé de bubons primitivement chancreux : il n'y aurait que des bubons accidentellement chancreux, inoculés secondairement.

J'ai le regret d'être, sur ce point, tout à fait en désaccord avec M. Ducrey.

Lorsque parut le travail de mon éminent collègue et ami, M. Straus, établissant la doctrine du bubon simple, purement inflammatoire, nous éprouvâmes une véritable stupéfaction et nous nous mîmes à l'œuvre pour contrôler les faits avancés par M. Straus. Lorsque nous avons rencontré un malade atteint de chancre simple et de bubon aigu, nous avons isolé celui-ci, nous l'avons lavé chaque jour, nous l'avons mis complètement à l'abri de toute inoculation ; puis, quand la suppuration a été nettement établie, nous l'avons ouvert en prenant les précautions les plus minutieuses avec un instrument irréprochable et nous avons fait une inoculation de pus à la région deltoïdienne. Dans un certain nombre de cas — je ne cite pas de chiffres, de peur de commettre une erreur — nous avons obtenu la pustule typique du chancre simple, puis une ulcération qui grandit en prenant tous les caractères du chancre simple.

C'est là un fait péremptoire et absolument démonstratif : un seul cas positif suffit, en effet, pour renverser la doctrine de Straus qui, du reste, je le dis en son nom, y a lui-même renoncé.

La discussion ne porte plus maintenant, pour nous, que sur la fréquence du bubon chancreux, et les recherches de ces dernières années ont eu cet avantage de montrer que le bubon primitivement chancreux était beaucoup moins fréquent qu'on ne le croyait autrefois, était une véritable rareté.

M. Leloir : Il y a plusieurs années, lorsqu'est paru le travail de mon savant collègue et ami le professeur Straus, j'ai recherché si réellement il n'existait pas de bubon chancrelleux primitif.

Je profite de l'occasion pour proposer d'adopter définitivement au lieu du terme chancre mou ou chancre simple, le terme « chancrelle ». On évitera ainsi bien des confusions et l'on rendra hommage à l'éminent syphiligraphe lyonnais, notre vénéré confrère, M. Diday.

Cependant dans un cas, en m'entourant de toutes les précautions nécessaires sur lesquelles il n'est pas nécessaire d'insister ici, j'ai reproduit par inoculation du pus d'un bubon chancrelleux non ouvert, une chancrelle des plus caractéristiques.

J'ajoute que le pus a été recueilli au moyen d'une seringue de Pravaz, procédé qui me paraît préférable à la méthode par incision dont nous parlait tout à l'heure M. Fournier.

Je pense que c'est la seringue de Pravaz qu'il faut employer, lorsque l'on veut être fixé sur les propriétés du pus d'un bubon consécutif à une chancrelle.

M. Petrini, de Galatz : J'ai lu, dans les *Annales de dermatologie* de 1886, la communication faite par Finger au Congrès de Strasbourg en 1885, dans laquelle il a voulu établir, par des expériences cliniques, qu'on peut faire des chancres mous à volonté.

J'ai voulu répéter les expériences de Finger, en procédant exactement comme il l'a fait : j'ai choisi des femmes dont l'état général était intact, n'ayant pas la syphilis, ayant une simple métrite, ou une affection locale sans importance. Avec une petite curette de Volkmann, on racle la face interne d'une des petites lèvres; si ensuite on prend du pus de la surface de cette érosion, et qu'on l'inocule à la cuisse de la malade, il ne résulte rien; mais si on met en contact avec la plaie faite une substance irritante comme la poudre de Sabine, on arrive à déterminer de la suppuration.

Si on prend alors du pus à la surface de cette érosion suppurante, et qu'on l'inocule à la cuisse de la malade, on devrait obtenir d'après Finger un chancre mou, qu'on peut ensuite inoculer à d'autres personnes saines.

J'ai pratiqué maintes fois ces expériences avec toutes les précautions nécessaires, j'ai pénétré avec la curette jusqu'au derme; jamais je n'ai pu produire un chancre mou, ni obtenir même de la suppuration; la plaie faite s'est toujours cicatrisée en deux jours, et sans avoir suppuré, quoique j'eusse irrité l'érosion faite avec de la poudre de Sabine. Je crois donc que tout chancre mou provient de l'inoculation d'un pus spécifique,

venant d'une ulcération de même nature, et qu'on ne peut pas produire un chancre transmissible à volonté.

M. Ducrey : Ni les expériences de M. Fournier, ni celles de M. Leloir, ne me paraissent avoir été faites avec la rigueur que l'on est en droit d'exiger dans une question en litige. Je pense que la méthode d'Auspitz — c'est-à-dire les inoculations faites avec le pus recueilli au fond du bubon *après l'incision*, ainsi qu'a procédé M. le professeur Fournier, — n'est pas suffisamment rigoureuse, et que l'aspiration faite avec une seringue de Pravaz, comme dans les expériences de M. Leloir, ne lui est pas préférable; en effet, une seringue de Pravaz ne pouvant être stérilisée à la chaleur sèche, on ne peut, avec elle, éviter absolument toute cause d'erreur. Dans mes expériences, qui m'ont convaincu que le bubon chancreux n'existait pas, j'ai toujours *aspiré le pus avec la seringue de Tursini*, laquelle peut être stérilisée à 150 degrés, et j'ai fait l'inoculation au moyen de l'aiguille elle-même de la seringue et avec les mêmes précautions minutieuses qui m'avaient donné d'excellents résultats dans mes inoculations de bras à bras du virus du chancre mou. Mes expériences ont donc été faites dans des conditions bien meilleures que celles de MM. Fournier et Leloir.

J'ajouterai que pour déclarer, en se basant seulement sur des recherches cliniques, qu'une pustule est de nature chancreuse, c'est-à-dire qu'elle est capable de donner lieu à un véritable chancre mou, il faut établir qu'elle est facilement inoculable pendant un nombre indéfini de générations; il ne peut donc suffire de quelques inoculations positives du pus d'un bubon pour déclarer celui-ci chancreux.

En tout cas, si d'autres expériences plus nombreuses que les miennes, et *instituées dans les mêmes conditions* que je viens de recommander, démontrent dans la suite l'existence, certainement très exceptionnelle, du bubon chancreux, je n'hésiterai pas à accepter la réalité de ce fait. Certainement, si on parvenait à trouver un bubon véritablement chancreux, on pourrait constater dans son pus le même micro-organisme que j'ai décrit comme l'élément contagieux du chancre mou.

IV. Contribution à l'étude des syphilides secondaires du vagin,

Par M. le Dr Balzer (de Paris).

Considérées autrefois comme tout à fait rares, les syphilides du vagin sont aujourd'hui bien connues, grâce aux publications de Fournier, Martineau, Prieur, Foulquier, etc... M. Fournier, auquel on doit des études si complètes sur la syphilis de la femme, a nettement fait ressortir qu'il ne s'agit que d'une rareté relative en quelque sorte, et qui ne paraît aussi grande que par le contraste qu'offre la fréquence des syphilides vulvaires. Tandis que celles-ci apparaissent au premier coup d'œil, il faut chercher les syphilides du vagin à l'aide du spéculum. Cet examen doit être fait méthodiquement, en dilatant largement l'ampoule, sinon le spéculum bien souvent cache les syphilides au lieu de les montrer; de plus, il est extrêmement utile de faire un grand lavage du vagin, de manière à entraîner les produits de sécrétion ou de desquamation qui pourraient cacher les syphilides.

On admet généralement deux sièges de prédilection pour les syphilides du vagin :

1° L'anneau, siège des syphilides vulvo-vaginales, variété plus commune qui ne nous arrêtera pas. Nous ferons seulement remarquer avec quelle netteté les syphilides vulvaires s'arrêtent au niveau des caroncules myrtiformes, à l'endroit où la muqueuse vulvaire se transforme pour devenir la muqueuse du vagin.

2° L'ampoule du vagin, siège d'élection habituel des syphilides vaginales secondaires.

Dans la partie moyenne du vagin, les syphilides ont été signalées beaucoup plus rarement, et nous nous attacherons plus particulièrement aux deux cas que nous avons eu l'occasion d'y rencontrer.

De toutes ces syphilides, celles de l'ampoule sont incontestablement les plus intéressantes, par leur fréquence relative et par la variété de leurs types.

M. Fournier a surtout observé le type *papuleux*. Il signale l'existence de petites papules érosives, aplaties, rondes ou ovalaires, du diamètre d'une lentille ou d'une pièce de cinquante centimes au plus. Elles sont rosées, quelquefois blanches ou opalines, ou encore grises, avec liséré rougeâtre. Nous avons, comme lui, observé cette variété, tantôt isolée, tantôt avec la coïncidence de lésions semblables sur le col. Mais nous avons plus fréquemment peut-être rencontré la *syphilide érosive* dans

l'ampoule vaginale, syphilide très superficielle, irrégulière de forme, sans support papuleux apparent, facilement reconnaissable au changement de couleur de la paroi, qui est plus rouge, amincie en apparence à ce niveau. Prieur en a donné une bonne description dans sa thèse (1881), faite avec des observations recueillies dans le service de Martineau. Il rapporte plusieurs observations analogues à la suivante, que nous donnons à titre d'exemple.

Observation. — Ler..., âgée de vingt ans, fleuriste, entre à l'hôpital de Lourcine, le 27 juin 1889. Déflorée à l'âge de quinze ans ; traitée pour une métrite suivie de phlegmon du ligament large, il y a deux ans. Plus tard vaginite et enfin syphilis en 1888 ; elle vient à l'hôpital au mois de décembre avec de nombreuses plaques à la vulve. Actuellement, elle présente du psoriasis palmaire, des plaques muqueuses sur les amygdales. Il n'y a pas de lésions vulvaires, mais, avec le spéculum, on découvre sur le col et sur le fond du vagin plusieurs plaques muqueuses, non saillantes, érosives, allongées en stries dont la surface est rougeâtre et blanchâtre : les plus étendues ont la surface d'une pièce de un franc. Traitement : iodure de fer, deux pilules de Dupuytren par jour, cautérisations au nitrate d'argent, tampons de glycérine résorcinée. Ce traitement fait disparaître les plaques muqueuses dans l'espace de trois semaines.

Ces syphilides érosives ou papuleuses du fond du vagin guérissent très vite et quelquefois même spontanément ; comme l'a fait remarquer M. Fournier, cette circonstance est importante à connaître dans certains cas de contagion d'origine obscure.

Ce type de plaques érosives, sans papules apparentes, est plus rare, il faut le reconnaître, que la plaque papulo-érosive opaline ou rougeâtre. Celle-ci est la forme la plus commune, et nous l'avons observée plusieurs fois isolée ou coïncidant avec des plaques du col. M. Fournier signale également un cas où l'éruption papuleuse vaginale coïncidait avec une éruption semblable développée sur le col utérin.

Il se peut que les papules du vagin et du col proviennent dans ces cas d'une même poussée. Mais il est possible aussi que dans certains cas les lésions du vagin soient consécutives à celles du col ou même engendrées par leur contact. Nous avons pu constater ainsi l'existence de plaques muqueuses du vagin, développées exactement à la place où le museau de tanche venait s'accoler à la paroi vaginale.

Nous les avons observées notamment dans trois cas d'antéversion utérine. Une large plaque muqueuse du vagin s'était développée dans ces conditions particulières chez une prostituée dont la syphilis remontait à plus de quatre ans déjà. Cette femme, qui ne présentait aucune lésion dans les autres parties du corps, était venue à l'hôpital pour se faire soigner non de la syphilis, mais d'une métrite chronique. L'utérus en antéversion

reposait sur la paroi postérieure du vagin, de manière à cacher complètement une large plaque indurée, rougeâtre à la périphérie, blanchâtre à son centre. Cette lésion, masquée par l'utérus en antéversion, était constamment passée inaperçue aux divers examens auxquels cette femme était soumise. Il était nécessaire de rehausser le corps de l'utérus et d'ouvrir très largement le spéculum pour pouvoir l'apercevoir. Fait intéressant à signaler, cette plaque muqueuse du vagin n'était pas accompagnée de lésions du col manifestement syphilitiques. Le col assez volumineux était ulcéré, mais sans qu'il fût possible par l'examen de faire la part de la syphilis dans l'évolution qu'avait suivie cette métrite hypertrophique et ulcéreuse. Du reste, il ne nous paraît pas impossible qu'une plaque syphilitique indurée puisse se développer dans le vagin, non seulement quand il y a des lésions manifestement syphilitiques du col, mais aussi au contact irritant d'un col déplacé et enflammé chroniquement. Il se produit en pareil cas un phénomène d'irritation par contact qui suffit chez les syphilitiques à provoquer des lésions inflammatoires de voisinage. Cette pathogénie est maintes fois réalisée en clinique ; elle a été aussi réalisée expérimentalement, notamment par M. Tarnowsky, et après lui par M. Bosma et d'autres auteurs.

Le diagnostic des syphilides papuleuses et papulo-érosives du vagin est ordinairement facile et l'on ne s'y trompe guère. Il arriverait plutôt que l'on prît certaines végétations aplaties du vagin ou du col pour des syphilides : on les reconnaîtra certainement avec un peu d'attention au relief plus marqué qu'elles font à la surface de la muqueuse. On pourrait aussi songer à tort à des syphilides papuleuses, alors qu'il s'agit de chancres mous papuleux du vagin. Nous observons actuellement un exemple remarquable de cette lésion à l'hôpital de Lourcine; les chancres mous se sont présentés dans ce cas avec un aspect auquel s'appliquerait fort bien les termes habituels de la description des syphilides papuleuses du vagin. Mais la coïncidence, qui est la règle en pareil cas, de chancres mous de la vulve avec leurs caractères spéciaux, ne permet pas une longue hésitation dans le diagnostic.

Les syphilides de la partie moyenne du vagin sont beaucoup plus rares que celles de l'ampoule. D'une part, cette partie du vagin est protégée par un épithélium plus épais; d'autre part, elle se trouve moins en contact avec les humeurs irritantes qui favorisent le développement des syphilides, à savoir, le contact de l'urine pour la vulve, la stagnation des écoulements utérins et vaginaux pour l'ampoule.

Aussi, n'avons-nous jamais observé à la partie moyenne du vagin les syphilides papuleuses ou érosives, que nous avons fréquemment rencontrées dans l'ampoule.

Nous y avons observé au contraire deux cas de syphilides ulcéreuses, appartenant à deux types bien différents. Le premier cas, observé au commencement de l'année 1888, concerne une malade entrée à l'hôpital de Lourcine, pour une syphilis récente et sans autre manifestation actuelle que les lésions du vagin. Celles-ci consistaient en nombreuses ulcérations, en apparence profondes, occupant presque toute l'étendue du vagin, depuis l'anneau jusqu'à l'ampoule, présentant leur maximum d'étendue dans les parties plissées de ce conduit. En effet, si l'on dilatait le vagin à l'aide du spéculum, on voyait que ces ulcérations étaient, en réalité, très superficielles, et qu'elles ne devaient cette apparence de sillons profonds qu'à leur siège dans les plis du vagin. En résumé, il s'agissait de *plaques fissuraires ou plaques muqueuses en rhagades*, absolument semblables à celles que l'on observe fréquemment dans les régions plissées et notamment dans la région anale.

Voici l'observation du second cas que nous résumons brièvement :

Observation. — Croiz..., âgée de vingt et un ans, modiste, entre à l'hôpital de Lourcine, le 10 mai 1889, salle Cullerier, n° 9. Elle a contracté la syphilis en 1886 ; on voit encore la cicatrice blanchâtre du chancre sur la grande lèvre droite. Cette syphilis a été assez bénigne et la malade a suivi le traitement d'une manière assez régulière. En 1887, elle séjourne à Saint-Louis pour une série d'accidents, végétations plusieurs fois récidivantes, petite fistule recto-vaginale opérée avec complication d'érysipèle. — Elle s'est aperçue, depuis plus d'un mois, de l'existence d'une lésion intravaginale qu'elle croit constituée par de nouvelles végétations ; elle raconte que depuis que cette lésion existe, elle a contagionné un individu qui a contracté la syphilis avec elle. Pourtant elle s'est fait examiner à plusieurs reprises à l'hôpital Saint-Louis et en ville, sans que l'examen ait rien révélé d'anormal. Après un examen très minutieux, fait en déplissant largement le vagin, nous constatons sur le côté droit, entre les plis, l'existence d'un petit ulcère, offrant les dimensions d'une pièce de un franc, lorsqu'on parvient à étaler complètement la paroi vaginale. Cette ulcération est séparée par un pli d'une seconde ulcération située un peu plus en arrière, et beaucoup plus petite. Ces ulcérations ont des bords très nets, leur fond est rougeâtre et saigne assez facilement. A leur niveau, la paroi vaginale est indurée dans une certaine étendue. Le spéculum provoque des douleurs assez vives. Rien sur le col ni dans le reste du vagin, pas d'autre manifestation de la syphilis, ni à la peau, ni sur les muqueuses. On prescrit un traitement mixte, sirop de Gibert et iodure de fer ; localement, attouchements avec la teinture d'iode ou la solution argentique au 20e ; pansements à l'iodoforme.

Ce traitement, que la malade suivait depuis quelque temps déjà avant son entrée, resta sans effet pendant plus de deux semaines ; comme la malade était anémique et avait des antécédents de tuberculose (deux sœurs tuberculeuses, dont l'une déjà morte), on pensa un moment que l'ulcère du vagin pourrait être tuberculeux, et on rechercha sans succès la présence des bacilles dans le produit du râclage de sa surface. Bientôt pourtant, la petite

ulcération guérit la première, puis l'ulcération antérieure se cicatrisa à son tour. La malade sort guérie le 10 juin.

Comme dans le premier cas, les ulcérations syphilitiques étaient cachées dans les plis du vagin. Mais elles se présentaient avec des caractères différents; ce n'était plus la simple lésion fissuraire de l'épithélium, respectant ou intéressant à peine le derme qui caractérise la plaque en rhagade, mais bien une ulcération destructive véritable, entamant le derme de la muqueuse. Les ulcérations de ce genre sont rares, et nous n'en connaissons pas d'autre exemple. Prieur rapporte l'observation d'une ulcération du vagin, mais elle coïncidait avec des syphilides papulo-érosives.

Or, il s'agissait ici d'une lésion qui paraît avoir été ulcéreuse d'emblée, survenue dans la quatrième année de la syphilis, à la période que l'on appelle quelquefois secondo-tertiaire. Le diagnostic, et l'absence de commémoratifs dans des cas de ce genre, présenterait les plus grandes difficultés, et l'on pourrait penser aux ulcères tuberculeux ou à ces ulcères simples du vagin dont Zahn a rapporté récemment un exemple. L'action du traitement général et local nous donnerait encore le meilleur critérium de certitude pour le traitement.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer de syphilides tertiaires du vagin. Nous avons cru devoir, malgré cette lacune, présenter nos observations sur les syphilides secondaires du vagin, en raison des caractères un peu insolites que nous avons remarqués pour quelques-unes d'entre elles.

Il nous paraît superflu d'insister ici sur l'importance de ces syphilides au point de vue de la contagion. Quand on a des raisons d'en soupçonner l'existence, il faut les rechercher d'autant plus minutieusement que parfois il n'existe pas d'autres manifestations syphilitiques en cours d'évolution en d'autres points du corps. C'est ce qui a été constaté pour plusieurs des observations rapportées dans ce travail.

Le traitement par les cautérisations légères et par les pansements antiseptiques, vient puissamment en aide au traitement général.

V. Syphilis observée à Constantinople ; effets des différentes préparations hydrargyriques administrées par la méthode hypodermique (intra-musculaire),

par M. le Dr Houlky-Bey (de Constantinople).

Laissant à de plus compétents le soin de discuter les questions doctrinales de la thérapeutique syphilitique, je n'envisagerai devant vous qu'un point particulier de l'histoire du traitement de la syphilis, à savoir le traitement rapide et sûr des manifestations syphilitiques, par les injections mercurielles sous-cutanées.

D'après les observations que j'ai recueillies depuis trois ans dans l'hôpital des syphilitiques à la Faculté Impériale de Constantinople, les injections mercurielles intra-musculaires, faites selon la méthode de Smnirnoff, constitueraient le moyen le plus sûr et le plus actif de traiter la syphilis.

Cette méthode qui, depuis quelques années, a beaucoup excité l'attention du public médical, n'est en réalité qu'un des différents modes d'administration du mercure.

Si l'on avait envisagé dès le commencement la question de la sorte, l'accord des syphiligraphes sur ce point aurait été déjà établi et la vraie valeur de la méthode n'en aurait pas souffert.

Les abcès, contre-indications autrefois inévitables, sont ordinairement évités par la méthode de Smnirnoff ; on n'a plus aucune raison plausible pour ne pas admettre cette méthode dans la pratique courante.

Reste la question du choix à faire des préparations mercurielles.

Dès le commencement de mes expériences, ayant observé l'absence complète d'abcès, ce fut surtout sur ce dernier point que j'ai voulu concentrer mes expériences. Mais l'extrême difficulté de trouver des syphilitiques dans les conditions identiques que la science exige pour une expérience comparative de traitement, ne m'a pas permis de me former sur ce point une idée digne d'être exposée.

J'ai employé successivement sur 541 malades :

29 fois le bichlorure (Lewin) ;
184 — le peptonate de Delpech ;
165 — le calomel en suspension dans l'eau gommeuse ;
73 — l'oxyde rouge } de M. de Watraszewsky ;
87 — l'oxyde jaune } de M. de Watraszewsky ;
3 — l'huile grise de Lang ;

en somme 328 fois les sels insolubles, et 213 fois les sels solubles.

Voici les résultats que j'ai obtenus avec ces différentes préparations mercurielles.

Les injections intra-musculaires quelles qu'elles soient, faites dans le sillon rétro-trochantérien, ne provoquent jamais ni abcès, ni indurations gênantes.

Après les injections, il se produit toujours une augmentation notable des globules rouges du sang et de l'hémoglobine plus considérable qu'avec les autres traitements mercuriels.

La douleur, qui avec les préparations solubles suit immédiatement l'injection, paraît être indépendante de toutes les causes qu'on pourrait lui attribuer; du reste, elle n'est pas constante. Avec les préparations solubles (surtout avec le peptonate de Delpech), la douleur est pour ainsi dire nulle; d'ailleurs, quand elle existe, c'est plutôt une lourdeur du membre qu'une véritable douleur.

La formule de M. de Watraszewski, qui a un effet surprenant comme le calomel, ne m'a pas paru, dans mes expériences, être moins douloureuse que le calomel en suspension dans l'eau gommeuse.

Quant aux stomatites mercurielles, elles sont beaucoup plus rares avec les injections qu'on ne l'avait cru. Il est vrai que, avant de commencer nos injections, nous avions le soin d'examiner la bouche de nos malades; et ceux qui étaient atteints de lésions dentaires telles que : tartre, carie, etc., étaient préalablement soignés pour leurs affections buccales.

Puis nous injections la préparation, en commençant par une faible dose que nous augmentions par la suite, selon la tolérance et l'état de la bouche du malade.

De la sorte, nous n'avons eu que douze gingivites imputables au mercure, et encore étaient-elles de faible intensité. Nous sommes même convaincu qu'en administrant par précaution le chlorate de potasse simultanément avec les injections, ces gingivites eussent été complètement évitées.

Les préparations insolubles, surtout les oxydes mercuriels, sont préférables, quant aux effets curatifs, aux préparations solubles.

En effet, les premiers effets de ces dernières après l'injection ne se font sentir, en moyenne, que vers le septième jour du traitement, et la disparition complète des manifestations syphilitiques ne se produit, en moyenne, que vers le trente et unième jour, tandis que, avec les préparations insolubles, les premiers effets du traitement se font sentir déjà vers le quatrième jour, et l'on obtient la cessation complète des manifestations morbides dans l'espèce de dix-huit jours en moyenne.

L'huile grise de Lang ne m'a pas paru être supérieure aux oxydes et au calomel en suspension dans l'eau gommeuse ; il est vrai que nous ne

sommes pas certain que la préparation dont nous nous sommes servi eût été pharmaceutiquement bien faite.

Les injections mercurielles font disparaître, la plupart du temps, toutes les manifestations secondaires et secondo-tertiaires de la syphilis sans qu'on ait besoin de recourir aux autres moyens de traitement locaux ou généraux.

D'après tous les faits que je viens d'avoir l'honneur d'exposer, si je ne puis ni émettre aucune idée sur la valeur des statistiques des professeurs Lewin et Kopp, concernant la rareté des récidives après les injections, ni tirer aucun argument favorable appuyant la manière de voir trop optimiste du professeur Scarenzio sur ce sujet, je crois au moins pouvoir tirer les conclusions suivantes sur la valeur pratique de la méthode :

1° Les injections intra-musculaires de préparations hydrargyriques constituent une méthode certaine et active à cause de l'absorption directe et plus rapide du mercure mis au contact des tissus.

Elles doivent être préférées à tous les autres modes d'administration du mercure jusque-là employés.

2° Elles évitent les inconvénients de toutes les autres méthodes (dérangements gastro-intestinaux, dermatites irritatives mercurielles, etc.).

3° Elles permettent de doser d'une façon mathématique la quantité du médicament absorbé.

4° Elles n'ont pas de contre-indications spéciales.

La cachexie et le diabète sucré, qui ont été considérés comme des contre-indications pour cette méthode, le sont aussi pour toutes les autres méthodes d'administration du mercure.

Déjà nous savons que la douleur causée par les sels insolubles est compensée par ses effets plus énergiques.

A mon avis, la connaissance exacte de toutes les particularités de chacune des préparations constituerait, pour le moment, le desideratum de la science sur ce sujet.

Aussi, en terminant, je me permettrai d'exprimer ce vœu : que ceux qui voudront s'occuper désormais de cette intéressante question de la thérapeutique syphilitique veuillent bien diriger leurs expériences sur l'étude comparative des effets des différentes préparations hydrargyriques.

VI. De la syphilis héréditaire,

Par M. le Professeur N. Mansouroff (de Moscou).

Depuis les dix dernières années, l'étude de la syphilis a fait des progrès considérables, grâce aux travaux de spécialistes qui disposaient d'un vaste matériel clinique. Je désire fixer votre attention sur la *syphilis héréditaire* et principalement sur la syphilis *héréditaire tardive*, dont la doctrine vient d'être fermement établie.

Grâce aux travaux des illustres professeurs Fournier, Neumann, Parrot, Kassowitz, de Hans von Hebra, de Rable, etc., nous avons la certitude que la maladie en question reste des années dans l'organisme sans produire des effets délétères et se manifeste quelquefois à l'âge de la puberté. Il est inutile de vous dessiner le tableau clinique de la syphilis tardive : elle est fort bien connue. Je me permettrai de dire quelques mots sur son influence sur l'humanité, je veux parler de ses suites affreuses, mais tellement masquées que son diagnostic est quelquefois difficile aux plus habiles médecins.

Vous admettrez, Messieurs, que les altérations si connues des os, atrophie des dents, raccourcissement des bras, atrophie des autres parties du corps, même le rachitisme chez les enfants syphilitiques, n'ont pas une gravité trop grande, parce que la maladie affecte des organes périphériques. Mais la question change quand c'est le crâne qui est affecté et quand la syphilis influe directement sur l'évolution du cerveau et des capacités intellectuelles et devient la cause de la « moral insanity » et de diverses psychoses, comme l'a démontré aussi notre fameux professeur de psychiatrie à Charkoff, P. Kovalevsky.

D'un autre côté, vous savez aussi que les enfants d'une famille syphilitique meurent presque tous ou bien restent estropiés, devenant un fardeau pour leur famille et la société.

Or, les changements que produit la syphilis dans les os du crâne sont des plus évidents, et méritent l'étude la plus assidue, entre autres l'application de la *craniométrie*. Les criminalistes, comme *Lombroso*, ont mis toutes leurs espérances sur ces études. Le fameux professeur de zoologie, *Karl Vogt*, en faisant ses études sur la microcéphalie et le crétinisme attribue cette difformité à l'atavisme ou à la dégénération. *L'atavisme*, dit-il, *est un phénomène zoo-anthropologique*.

Mais nous autres, médecins, qui étudions directement l'évolution des os sous l'influence de la vérole, nous sommes bien plus à même de préciser cette anomalie. Tout le monde est d'accord que c'est l'ossifica-

tion précoce qui est la cause de ces tristes difformités. Le craniotabes, la macrocéphalie, le crâne natiforme (de Fournier), la sténocéphalie, clinocéphalie, plagocéphalie, trochocéphalie, etc., — sont les suites de différentes ostéites provoquées dans certaines périodes de l'évolution du crâne; — tantôt c'est dans la période de l'évolution des mâchoires, tantôt de l'os basilaire, tantôt ce sont les suites de la distension des fontanelles et les suites de l'ossification précoce des cartilages aux sutures.

J'ai eu sous mon observation, pendant ces vingt-cinq dernières années, des centaines de cas semblables; j'en ai fait mention dans mon ouvrage *sur la syphilis tertiaire et sur les psychoses syphilitiques;* je me permettrai d'en décrire quatre, attendu que je suis sûr de leur origine — la syphilis des parents, que j'avais soignée moi-même. J'ai publié ces quatre observations, dans mon *Recueil clinique*, en les accompagnant de mesures craniométriques.

Le premier enfant (au crâne natiforme), mais d'une bonne constitution à ce qu'il paraît, et sachant lire et écrire, eut à l'âge de huit ans une hémiplégie, de l'aphasie et devint idiot. Le second enfant, neurasthénique, mourut à l'âge de neuf ans. Le troisième devint tuberculeux et finit misérablement à l'âge de quatorze ans par suite d'une syphilis gommeuse. Le dernier, enfant de deux ans, boiteux, affecté d'une carie du tibia, se porte assez bien lorsqu'il prend de l'iodure de potassium, ce qui dura deux ans, c'est-à-dire toute sa vie.

La syphilis héréditaire et les états consécutifs ont une grande importance, vu la vaste extension de la maladie dans les villes, dans les campagnes et les armées et vu la dégénération rapide des peuples.

Dans un Congrès international, on ne peut qu'indiquer les idées principales, les points de départ pour les études ultérieures de ces questions et entre autres de la *craniométrie dans la syphilis héréditaire.* Les principes de la craniométrie ont été fondés par le célèbre professeur *Broca.* Ce n'est pas seulement les anthropologistes de la France et de la Russie, mais les savants du monde entier qui suivent ses instructions, dans cette branche de la science. L'étude détaillée de la craniométrie dans la syphilis héréditaire doit intéresser tous les savants qui cultivent la syphilologie.

VII. Études sur la syphilis héréditaire,

par M. le professeur NEUMANN (de Vienne).

Les recherches sur la syphilis héréditaire ont été pour moi l'objet d'études, qui m'ont occupé pendant plusieurs années, et je me suis posé les questions suivantes :

1) Quel est l'état de la descendance si le père et la mère ne sont pas syphilitiques au moment de la génération, c'est-à-dire dans le cas où l'ovule et le germe étaient sains, mais où, après la conception, la mère a été infectée (syphilis purement postconceptionnelle) ?

2) Quel rapport la syphilis postconceptionnelle de la mère a-t-elle avec la descendance, si le père, au moment de la génération, était déjà syphilitique?

3) Quel est le rapport de la syphilis postconceptionnelle avec la descendance, si au moment de la génération, l'état de la santé du père est resté inconnu au médecin, et si la mère, à ce même moment, était saine?

4) En quel état se trouve la descendance, si l'infection de la mère et la conception sont survenues au même moment?

5) En quel état est la descendance, si l'infection ou du père ou de la mère ou de tous les deux a eu lieu avant la conception?

Je ne veux pas énumérer toute la littérature si riche sur ce sujet, elle est connue de tous les spécialistes de profession, et je préfère étudier de suite la syphilis postconceptionnelle ?

La recherche doit porter sur ces deux questions :

a) La syphilis postconceptionnelle de la mère se communique-t-elle au fœtus qui a été conçu sain, *b*) et en quel mois de la grossesse l'infection du fœtus a-t-elle lieu?

Tandis qu'autrefois on assurait que la syphilis acquise par la mère après la conception devait se communiquer au fœtus, on a commencé à être éclairé sur ce sujet après la publication du travail de Kassowitz (*Die Vererbung der Syphilis*, Vienne, Braumüller, 1876), qui nous a montré la vraie route à suivre dans les recherches de ce genre et combien il fallait tenir compte de l'état de santé du père au moment de la conception.

Mais Kassowitz s'est trop avancé dans ses conclusions en disant que l'infection du fœtus n'a pas lieu, si au moment de la conception le père et la mère sont sains, et en affirmant que le virus ne traversait pas les parois du système vasculaire, ni dans la direction de la mère au fœtus, ni en sens contraire. Cette assertion prononcée sans aucune réserve et qui

se trouvait en contradiction avec toutes les observations faites jusqu'à ce temps, est réfutée par plusieurs auteurs anciens et modernes, contre lesquels Kassowitz n'a pu soutenir son opinion. En effet, dans une publication ultérieure (Sur l'hérédité et la transmission, *Jahrb. d. Kinderheilkunde*, XXI), Kassowitz a affirmé que le placenta agissait comme un filtre dans la direction de la mère à l'enfant et généralement ne laissait pas passer le contage syphilitique. Il concédait pourtant que dans des cas singuliers et exceptionnels le passage du contage dans les humeurs du fœtus pouvait avoir lieu, et que celui de ces deux organismes qui était resté libre de syphilis, malgré la communication des humeurs dans le placenta, gagnait un haut degré d'*immunité* contre l'infection spécifique.

Mais il y a une grande différence en ce qui concerne le moment où le virus se communique au fœtus. Adam Oevre croit que la syphilis peut infecter le fœtus à chaque mois de la grossesse. L'infection de l'enfant serait d'autant plus faible, qu'elle serait plus proche de la naissance. Bien que souvent la syphilis de l'enfant ne se montre qu'après la naissance, Oevre est pourtant d'avis d'employer l'accouchement prématuré (l'accouchement artificiel), dans les cas où l'infection a eu lieu après le septième mois de la grossesse, parce que de cette manière on peut espérer sauver la vie de l'enfant devenu malade postconceptionnellement. (*Archiv. f. Dermat. u. Syphil.* I, 1869, pag. 609.) Selon Rosen, le fœtus devient malade principalement pendant les premiers mois de la grossesse. (*De la postérité des syphilitiques*, trad. du danois par Hornig, in *Syphilodologie* de Behrend, *Nouvelle suite*, II, 1860, et III, 1861.)

Diday (*Traité de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle*) croit que dans les premiers et les derniers mois de la grossesse, le fœtus peut rester libre de toute syphilis, malgré l'infection maternelle, tandis que l'infection de la mère survenue à la période moyenne de la grossesse, se communique toujours au fœtus. Pendant les quarante premiers jours de la grossesse, dit Diday, l'ovule est encore indépendant dans sa nutrition, et dans les derniers mois de la grossesse, le fœtus a aussi un haut degré d'autonomie, en conséquence de laquelle la maladie de la mère n'a pas une aussi grande influence sur l'enfant. Selon Andronico Carmelo (*Archivio di Patol. infant.*), le fœtus reste indemne, si la mère acquiert la syphilis entre le troisième et le septième mois.

Ricord, Gamberini, Zeissel (*Jahrb. d. Kinderheilkunde*, 1885), Kobner, Bayer, sont aussi d'avis que l'infection a lieu dans la première partie ou dans les deux premiers tiers de la grossesse.

Selon W. Boeck, le fœtus conserve la santé, si la mère n'est infectée que pendant les deux derniers mois.

Selon Rossi, le danger pour l'enfant est réduit au minimum, si l'infec-

tion de la mère a lieu dans les cinquante derniers jours ; l'infection de la mère, pendant les cinq premiers mois, est plus dangereuse pour l'enfant, mais le plus grand danger existe aux sixième, septième et première moitié du huitième mois. Éventuellement, on peut penser à provoquer l'accouchement artificiel.

Permettez-moi encore quelques mots sur la forme et l'intensité de la syphilis héréditaire. Pedoul (*De la transmission de la syphilis du nourrisson à la nourrice*. Strasbourg, 1848) affirme que les enfants très cachectiques ou les enfants syphilitiques morts nés ont été infectés au moment de la conception, mais que les enfants moins gravement malades, chez lesquels la syphilis apparaît après la naissance, ont acquis la syphilis à une période plus avancée de la grossesse, c'est-à-dire post-conceptionnellement. — Selon Bassereau, les enfants des parents, qui ne sont devenus syphilitiques qu'après la génération, souffrent seulement légèrement de la maladie, tandis que les enfants nés de parents affectés de syphilis ancienne ont une syphilis très grave. — Selon Madon (*Journal de médecine de Bruxelles*), la syphilis des enfants a le même caractère que celle que les parents ont eue au moment de la génération. — Relativement à la puissance d'infection du germe masculin, plusieurs auteurs ont admis que le germe infecte la femme par influence directe, de sorte qu'il n'est pas nécessaire qu'un chancre se montre. Selon Bärensprung (*Die hereditare Syphilis*, Berlin, 1864), le germe est cause d'une infection seulement dans le cas où la femme est devenue mère. Je suis du même avis que Bärensprung; le germe des hommes syphilitiques ne cause jamais une infection primaire.

Adam Oevre (*Archiv. f. Derm. Syphilis*, I, Bd. 1869, p. 109) cherche à démontrer, par douze cas, qu'il n'existe pas d'infection de l'enfant ou de la mère par un germe syphilitique (choc en retour). L'infection paternelle n'a été possible que dans quatre de ces cas. Selon Diday, la syphilis se communique au fœtus par le sperme, parce que celui-ci entre en contact avec les tissus de la mère. La communication de la syphilis par le sperme n'est donc pas le résultat de la conception, mais de l'échange des sucs entre la mère et le fœtus.

En analysant mes propres observations au nombre de 261, j'arrive aux conclusions suivantes:

Parmi ces observations, il n'y avait que 112 cas qui présentaient les conditions nécessaires à l'éclaircissement de la question qui nous intéresse. Il a fallu éliminer les autres, ou parce que les renseignements précis sur la descendance manquaient, ou parce que la mère, guérie de la syphilis avant l'accouchement, avait quitté ma clinique et que l'on ne pouvait plus rien apprendre sur son sort et sur celui de l'enfant.

Relativement à la première question sur la syphilis purement postconceptionnelle (père sain au moment de la génération, mère infectée après la conception), j'ai observé sur 11 cas 6 enfants indemnes de syphilis. Chez les autres enfants, on trouvait les lésions suivantes : 1) Rhagades syphilitiques aux angles de la bouche et du nez; 2) Ostéochondritis aux os des cuisses et des tibias; séparation des épiphyses (le fœtus très macéré); 3) La peau plissée, la paume de la main et la plante du pied squameuses (accouchement précoce à sept mois) ; 4) Apparition de papules de la grandeur de lentilles au troisième jour de la vie; 5) Syphilide récente, principalement étendue sur le corps.

Une fois, la mère infectée au deuxième mois de la grossesse avorta au septième mois; — deux fois, l'infection au troisième mois de la grossesse, eut pour résultat deux fœtus prématurés très macérés; — deux fois au quatrième mois, un enfant sain et un enfant syphilitique; — deux fois au sixième mois de la grossesse, deux enfants sains; — deux fois au septième mois de la grossesse, un enfant sain et un enfant syphilitique; — deux fois au huitième mois de la grossesse, un enfant sain et un syphilitique; — une fois au neuvième mois, un enfant sain.

De ces chiffres, on peut conclure que l'infection de la mère dans les premiers mois de la grossesse favorise la maladie de l'enfant. Outre cela, il résulte que la syphilis postconceptionnelle de la mère peut se communiquer au fœtus, mais qu'il n'est pas de rigueur que cela arrive, et que presque la moitié des enfants viennent au monde en pleine santé. On pourrait objecter que la santé des enfants, en cas de syphilis postconceptionnelle de la mère est seulement apparente, et que la syphilis est restée latente ; qu'il fallait observer de tels enfants pendant un grand nombre d'années pour voir si, à l'âge de la puberté, il ne se déclare pas des accidents de syphilis héréditaire tardive. Cette objection rendrait la solution très vague et très indécise, si nous n'étions pas en état de la réfuter, favorisé par un cas spécial dont les détails ne peuvent laisser de doute. J'ai observé un cas où malgré la syphilis postconceptionnelle de la mère, l'enfant naquit sain, et après sept mois, fut infecté par sa mère d'un chancre au nombril.

Une femme contaminée par son mari au troisième mois d'une grossesse, le mari n'étant lui-même syphilitique que depuis un mois, mène cette grossesse à terme sans encombre. — Un enfant naît sain, lequel est contagionné plus tard, sept mois après sa naissance, par sa mère qui lui communique un chancre du nombril au moyen des syphilides dont elle était encore atteinte. Elle avait l'habitude de coucher l'enfant avec elle.

Ce cas démontre clairement que non seulement d'une mère postcon-

ceptionnellement syphilitique, il peut naître un enfant sain et indemne de tout symptôme de syphilis, mais aussi que la syphilis de la mère pendant la grossesse fut sans aucune influence sur l'enfant, et que l'infection syphilitique est venue de dehors. De même, toutes les expérimentations avec le *virus syphiliticus* qu'on entreprendrait pour savoir si un tel enfant n'est pas porteur d'une sorte de syphilis imperceptible deviennent inutiles. Nous devons des observations pareilles à Armin (*Vierteljahrschrift für Dermat. u. Syph.*, 1883), et à Obtulowich. En fin de compte, on peut conclure que la syphilis, hors de l'acte de la génération, peut se communiquer aussi au fœtus par une infection postconceptionnelle. La cloison qui sépare la mère et le fœtus peut être franchiepar le virus syphilitique, ainsi que le montrent les observations relatées plus haut.

Les cas cités remplissent toutes les conditions exigées par nous. La santé du père au moment de la génération, et de la mère au moment de la conception, a été fixée. — Les symptômes indubitablement pathologiques présentés par les enfants vivants ou mort-nés ont été décrits.

On ne peut plus douter maintenant que la mort du fœtus dans l'utérus ne s'observe le plus souvent chez les mères syphilitiques, et ne soit causée par la diathèse syphilitique. Enfin, on peut juger que la période pendant laquelle l'infection de la mère est la moins dangereuse, se concentre selon les dates citées, dans les cent vingt derniers jours de la grossesse, puisque, malgré des infections après le sixième mois, des enfants naissent sains. — Les observations de M. Boeck s'accordent avec cela. — Il est également d'avis que l'infection de la mère pendant les deux derniers mois de la grossesse est sans influence nuisible sur la santé des enfants.

Les observations citées par nous démentent l'opinion de quelques auteurs, spécialement de ceux qui soutiennent que la syphilis de la mère acquise à toute époque de la grossesse est pernicieuse pour la descendance, et qu'on devrait entreprendre l'accouchement artificiel au moment de l'infection de la mère dans les derniers mois de la gravidité, pour sauver la vie de l'enfant. On mettrait, par une telle conduite, la mère et l'enfant en danger de mort sans nécessité. De même aussi est réfutée l'opinion de Diday qui soutient que l'infection de la mère dans les trois mois du milieu de la grossesse est surtout dangereuse pour l'enfant.

Sur la seconde question de la syphilis postconceptionnelle, cas où le père au moment de la génération était syphilitique et où la mère a été infectée après la conception, j'ai observé quinze cas : chez les femmes infectées au second mois de la grossesse, trois enfants mort-nés ; au troisième mois, quatre enfants mort-nés ; au quatrième mois, deux enfants nés sains, et un enfant syphilitique. Chez les femmes infectées au

cinquième mois de la grossesse, un enfant mort-né ; au septième et huitième mois de la gravidité, un enfant sain; au neuvième mois, un enfant macéré et un enfant sain. Au total, cinq enfants sains, deux enfants malades et sept enfants morts. Chez les femmes infectées entre le deuxième et le troisième mois de la grossesse, il y avait six enfants morts; au septième et huitième mois, au contraire, deux enfants restaient sains et bien portants; au quatrième mois, il y avait un enfant malade; au cinquième, un enfant malade et un enfant sain.

On peut donc conclure que, quand la maladie syphilitique du père au moment de la génération est constatée, et que la mère tombe malade après coup, il peut y avoir autant d'enfants malades ou morts que d'enfants sains. Compare-t-on ces chiffres avec ceux de la syphilis purement postconceptionnelle, alors on trouvera tout de suite qu'ici, l'influence du père est plus intense, puisque, dès le deuxième jusqu'au troisième mois de la grossesse, il y avait six enfants morts, tandis que, parmi les huit autres cas, cinq étaient sains, deux syphilitiques et un enfant seulement est né mort. Cette observation seule pourrait suffire pour reconnaître l'influence paternelle de la syphilis sur la descendance.

Syphilis postconceptionnelle. — Père inconnu.— Parmi dix-huit cas observés, il y avait dix enfants sains, un enfant syphilitique et cinq morts. Deux gravides sont encore en observation.

Conception et infection simultanées.—Quarante-sept cas sur lesquels il y avait : 15 enfants sains; 1 enfant mort de péritonite ; 4 enfants syphilitiques ; 2 enfants incertains; 21 enfants mort-nés; 4 encore en observation.

La moitié des enfants étaient mort-nés; quatre enfants sont venus au monde avec des symptômes très prononcés de syphilis ; et pourtant il est très intéressant que, malgré la syphilis récente des deux parents au moment de la conception, quinze enfants sont venus au monde bien portants et sains. C'est pourquoi l'assertion que jamais enfant sain ne peut venir au monde, si les deux parents, au moment de la génération, sont syphilitiques, est réfutée par nos observations qui montrent que, même dans ces cas, des enfants peuvent naître bien portants.

L'opinion qui veut que des enfants ne puissent naître sains qu'autant que la syphilis de leurs parents date au moins de sept ans, est encore plus fausse, parce que nous avons constaté par nos observations que, même dans les cas où l'infection et la conception ont eu lieu simultanément, c'est-à-dire où la syphilis est par conséquent toute récente, cependant des enfants peuvent venir au monde tout à fait sains.

De l'ensemble de nos observations, on peut donc conclure que :

1) Une mère syphilitique peut transmettre la maladie à sa descendance dans chaque phase de celle-là, que l'infection ait lieu avant ou après la conception.

2) La syphilis acquise après la conception se communique quelquefois au fœtus. Cette communication à l'enfant est l'éventualité la plus rare dans la syphilis purement postconceptionnelle, le père étant sain au moment de la génération. Elle est encore plus rare, si l'infection de la mère a eu lieu dans les derniers mois de la grossesse.

3) Si l'infection de la mère a eu lieu après la conception, mais si le père, au moment de la génération, était syphilitique; alors l'influence sur la descendance est plus intense; les enfants meurent dans l'utérus ou viennent au monde syphilitiques.

4) Dans la syphilis postconceptionnelle — mais où l'état du père est resté inconnu, les conditions sont les mêmes que dans la syphilis purement postconceptionnelle. La syphilis acquise aux derniers mois de la grossesse ne se communique ordinairement pas à la descendance.

5) Si l'infection et la conception adviennent simultanément, la moitié des enfants périt. Il est toujours remarquable qu'une grande partie de la descendance reste indemne de syphilis, quoique la syphilis des deux parents au moment de la conception fût en activité. L'assertion que jamais un enfant sain ne peut venir au monde, si les deux parents, au moment de la conception, étaient syphilitiques, est donc erronée. De même on ne peut admettre l'opinion, que des enfants ne peuvent naître sains que quand la syphilis de leurs parents date au moins de sept ans auparavant.

6) Si l'infection a eu lieu avant la conception, l'époque de la conception a une grande importance. Plus l'intervalle entre l'infection et la conception est grand, plus les chances sont favorables pour la descendance. Un traitement énergique. antisyphilitique et surtout mercuriel, aura toujours une influence très favorable.

7) Les enfants ont les meilleures chances de rester épargnés par la syphilis, dans les cas où les mères ont acquis la syphilis seulement pendant les derniers mois de la grossesse et dont les pères étaient sains au moment de la génération ; les moindres chances existent quand l'infection et la conception ont eu lieu en même temps, et si le père, au moment de la génération, était malade de syphilis récente.

8) Nos observations citées fournissent aussi des données sur la syphilis paternelle. Les cas où le père était syphilitique à l'époque de la génération et où la mère fut postconceptionnellement infectée, et dans lesquels les enfants, peu de temps après la conception, venaient au monde macérés, démontrent surtout que la syphilis paternelle est extrêmement

dangereuse et contredisent directement l'opinion de Boeck et de Oevre, qui affirment que l'enfant d'un père syphilitique est sain.

9) L'observation que, malgré la syphilis acquise par la mère *aux derniers mois* de la gravidité, le plus souvent des enfants sains viennent au monde, prouve que l'accouchement artificiel, recommandé par Oevre et d'autres, est non seulement tout à fait superflu, mais aussi nuisible.

10) Il n'est pas nécessaire de faire remarquer que la syphilis tertiaire de la femme n'empêche pas la conception.

11) L'expérience nous permet d'affirmer qu'un traitement prolongé par le mercure, comme Fournier le recommande, agit favorablement sur la santé des descendants.

12) Mais, par contre, nous ne pouvons être d'accord avec Hutchinson, quand il dit qu'il est indifférent pour la maladie des enfants, que les deux parents ou seulement l'un d'eux aient souffert de la syphilis au temps de la conception. C'est une chose nouvelle que l'affirmation de Hutchinson, qu'une femme héréditairement syphilitique met au monde un enfant héréditairement syphilitique de manière que la syphilis peut se transmettre jusqu'à la troisième génération.

Les chiffres que nous venons de communiquer nous montrent le triste sort des enfants héréditairement syphilitiques. Dans les cas que nous avons observés, quarante-quatre enfants seulement vinrent au monde sains et d'après les recherches que j'ai pu faire dans la maison des Enfants trouvés, le plus petit nombre de ceux-là reste seul en vie, il faut donc considérer la syphilis héréditaire comme une des plus affreuses maladies qui, sauf peu d'exceptions, tue presque tous les enfants.

Sous de tels rapports, la syphilis ne reste pas dans le cadre étroit de la science, mais elle ressort du domaine de l'État, qui devrait mettre en œuvre tous les moyens pour arrêter les conséquences funestes que la syphilis des parents peut entraîner.

VIII. De la syphilis conceptionnelle latente ou fruste,

par M. le Dr Barthélemy (de Paris).

En 1888, j'ai conseillé au Dr Riocreux de choisir pour sujet de sa thèse inaugurale l'étude de la loi de Colles, ou mieux, comme dit Fournier, de la loi de Baumès. Je lui ai communiqué deux observations qui me parais-

sent de haute importance, en ce sens qu'elles tendent à démontrer, non seulement l'existence, mais encore l'évolution de la syphilis conceptionnelle latente. Un troisième cas vient d'être soumis à mon observation ; il sera publié prochainement ; il est remarquable, parce que ici la réalité de la syphilisation a été rendue irréfragable par l'évolution caractéristique d'une gomme.

Si je parle ici de la *syphilis conceptionnelle,* c'est que sa *forme latente* est encore peu connue à cause de la difficulté d'en suivre les observations. Toutefois, il me semble qu'elle n'est pas rare, et je crois qu'elle doit augmenter considérablement la liste des méfaits, et charger le bilan malfaisant de la syphilis. J'y trouve par conséquent un argument médical de plus, s'il en était besoin, en faveur de la thèse que je défends et que je cherche à vulgariser : l'assainissement de la prostitution, source de toute vérole.

Il résulte de mes observations que certains cas de syphilis conceptionnelle sont absolument dépourvus de tous les symptômes cutanés et muqueux, et même généraux, habituels à la syphilis. Je ne parle même pas de ceux dans lesquels où — comme dans quelques cas rares de *syphilis acquise* — tous les accidents se réduisent à une poussée unique de quelques plaques sur les amygdales et à quelques taches érythémateuses ou squameuses, circinées juste assez pour montrer leur origine spécifique.

Au début de ces formes d'infection syphilitique, on ne constate que de la lassitude, de l'amaigrissement sans raison appréciable, quoiqu'il soit rapide et parfois considérable, une alopécie marquée, sans pellicule, sans prurit, sans aucune lésion du cuir chevelu. Besnier a insisté, dans une de ses leçons cliniques du samedi, pour qu'à l'avenir l'alopécie post-puerpérale fût étudiée à ce point de vue. Je crois avec lui que bon nombre de ces faits sont justiciables du traitement spécifique.

Viennent ensuite comme symptômes une sensibilité plus grande au froid, alternant avec des accès de sueurs abondantes, subites, souvent nocturnes, sans hyperthermie pourtant et par le fait probable de troubles vasomoteurs. Plus tard, viennent s'ajouter quelques autres phénomènes de nervosisme, parfois un léger degré d'hystérie développée à l'occasion et par le fait de l'infection, tout comme dans la syphilis acquise, de la céphalalgie, quelques poussées de périostites (côtes, tibias, clavicules, métacarpiens même) et des douleurs assez vives, fréquemment récidivantes, de rhumatisme infectieux, apyrétique.

Ces *symptômes rhumatoïdes de la syphilis conceptionnelle*, comme ceux de certaines formes de syphilis héréditaire, sans parler de ceux qu'on observe dans la syphilis acquise, me semblent dignes de retenir l'attention des cliniciens et propres peut-être à expliquer, non sans doute dans

tous les cas, mais certainement dans un nombre notable de cas, l'action salutaire de l'iodure de potassium contre le rhumatisme chronique, abstraction faite bien entendu de celui qui, dans l'hyperuricémie, accompagne l'artério-sclérose vulgaire. En effet, je dois dire que c'est dans cette forme conceptionnelle latente que se rencontrent avec prédominance les faits d'altération graduelle, insensible, des parois artérielles (dystrophie vasculaire), voire même du cœur, sans donner lieu toutefois, excepté du côté de l'aorte, à des lésions se manifestant par des souffles organiques.

Pour ce qui concerne le rhumatisme vrai, il a déjà vu son domaine, autrefois si vaste et aux limites presque inconnues, fortement restreint au profit des déterminations articulaires des maladies infectieuses et des auto-intoxications. Ici, encore, et comme pour la scrofule, envahisseur injuste, le rhumatisme devra rendre gorge !

Je répète à dessein qu'il y a dans la *syphilis acquise* une forme atténuée à l'extrême degré, une forme latente, fruste selon l'expression chère à Trousseau, et presque sans manifestation tégumentaire. Une forme analogue existe aussi pour la *syphilis héréditaire.* Un grand nombre d'états graves, quoique mal définis, des bronches ou des poumons chez les jeunes enfants (de la naissance à l'âge de trois ans), nés de parents syphilitiques et eux-mêmes hérédo-syphilitiques, mais exempts de manifestations spécifiques apparentes autres qu'une atrepsie parfois inquiétante, *guérissent vite et bien*, soit par l'iodure de potassium, soit même par les frictions mercurielles.

Si la forme latente, fruste, sans manifestation sur la peau ni sur les muqueuses, existe pour la syphilis acquise et pour la syphilis héréditaire, il n'est pas étonnant de la rencontrer dans la syphilis conceptionnelle. Pour ma part, j'ai même tendance à croire que c'est ici qu'elle est le plus fréquente, étant l'exception dans les premiers cas et presque la règle dans le dernier. S'agit-il d'une atténuation du virus par le placenta ou par le mode veineux de l'infection ? Je ne saurais le dire. Je n'explique pas, je constate.

Certes les phénomènes morbides que j'ai mentionnés plus haut sont vagues. *La syphilis s'y montre véritablement atténuée ;* aussi passe-t-elle souvent inaperçue : dès lors, elle est abandonnée à elle-même, sans traitement. Au bout d'un nombre variable d'années, elle peut aboutir — c'est loin d'être une règle, — à la formation d'une gomme ou d'un accident tertiaire incontestable de par ses caractères. Si le traitement spécifique est appliqué, cet accident disparaît avec une rapidité singulière, surprenante, significative; mais si celui-ci n'est pas administré, il peut y avoir des résultats plus ou moins graves selon les localisations, voire même des paralysies.

Il est bien entendu qu'il s'agit ici de femmes contaminées, non directement par un mari ayant encore des accidents secondaires, — le fait serait banal tant il est commun, — mais bien de femmes infectées par un fœtus spécifiquement malade, né d'un père incapable lui-même de transmettre directement la syphilis et exempt actuellement de toute manifestation cutanée ou muqueuse syphilitique.

Telle est la forme atténuée, la forme latente de la syphilis conceptionnelle, sans préjudice des formes graves bien connues. Je le répète, la forme légère, ayant été moins jusqu'ici remarquée qu'elle le mérite, est beaucoup moins rare qu'on le croirait *a priori*.

Ce n'est pas le lieu de dresser la liste des méfaits de la vérole; mais les faits précédents sont à ajouter à tant d'autres. Grâce aux statistiques de Diday, de Fournier, de Le Pileur, etc., il serait possible de se rendre un compte approximatif des ravages produits par la syphilis dans la société et dans le peuple.

A voir tous ces ménages que le deuil a désolés ou que la maladie a rendus misérables, à voir ces familles dépeuplées desquelles survivent seulement quelques rejetons chétifs et malingres, nés pourtant de parents vigoureusement constitués, on se sent pris d'une pitié profonde pour ceux qui, atteints de syphilis, n'ont ni le temps, ni l'argent nécessaires pour se bien traiter. Or, les médecins *seuls* peuvent rapporter à leur véritable cause tant de désastreuses conséquences d'une faute bien légère et passagère — si faute il y a (1) — et en tous cas bien lointaine : « Ce fut le tourment de toute ma vie ! me disait encore récemment un vieillard de soixante-huit ans, non pour ma santé personnelle, mais pour les angoisses et les alertes continuelles que faisaient naître en moi les moindres malaises de ma femme et de mes enfants. »

C'est au nom de ces derniers, au nom de tant de victimes innocentes d'une véritable *incurie sociale*, que le corps médical a réclamé des mesures préservatrices, fussent-elles restrictives de la liberté individuelle, si grand que soit notre respect pour le principe qui la consacre. Par cette raison même, il est évident que ces mesures ne peuvent s'adresser qu'aux seuls syphilitiques et même aux périodes exclusivement contagieuses de la syphilis. La plus grande humanité doit présider aux interventions administratives. Jamais on ne doit oublier qu'on est en face de malades; et, si l'on arrête les prostituées malades, il faut du moins leur avoir donné au préalable, par la création de dispensaires nombreux et par la gratuité des soins et des médicaments, les moyens de se faire

(1) Car de très bons esprits se demandent si la faute n'est pas commise par ceux qui s'abstiennent des fonctions ou des devoirs naturels.

bien soigner. Mais d'autre part, il faut avoir le respect de la santé d'autrui et penser à l'avenir de la race. La transmission de la syphilis, pour l'homme comme pour la femme, devrait être, dans les cas où la preuve peut être faite, considérée comme un délit. Il serait à désirer en un mot que des mesures fussent prises pour protéger efficacement les populations contre la diffusion illimitée d'un mal aussi redoutable.

QUATRIÈME JOURNÉE : JEUDI 8 AOUT 1889

— Séance du matin. —

Discussion de la question VI : *Fréquence relative de la syphilis tertiaire; conditions favorables à son développement.* — MM. Neumann, Drysdale, Ch. Mauriac, Haslund, Vajda, A. Fournier, Zambaco, Leloir.

— Séance du soir. —

1. Communications diverses relatives a la dermatologie.

I. — *Sur un cas d'éruption acnéique généralisée polymorphe*, par M. Euthyboule.
II. — *Observations basées sur la statistique des maladies de la peau en Amérique*, par M. N. Hyde.
III. — *Étude histologique de la lèpre des nerfs et de la syphilis des nerfs,* par M. Unna. — Discussion : MM. Bœck, Leloir.
IV. — *Dermatite pustuleuse chronique en foyers à extension progressive*, par M. Hallopeau et par M. H. Feulard. — Discussion : M. Schwimmer.
V. — *Sur les dermatoses héréditaires*, par M. J. White.
VI. — *Anatomie pathologique de la maladie du mamelon, dite « maladie de Paget »*, par M. L. Wickham.
VII. — *Des psorospermoses cutanées*, par M. Darier. —Discussion : MM. J. White, C. Bœck, Leloir, Török, Dubreuilh.
VIII. — *Cancer mélanique de la peau, avec démonstration microscopique*, par M. Pétrini. — Discussion : M. P. Raymond.
IX. — *Existe-t-il de la lanoline dans la peau humaine?* par M. Santi. — Discussion : M. Aubert.

2. Présentations de malades.

1° *Cas d'hydranénome, cellulome épithélial éruptif*, par M. Quinquaud et par M. Jacquet. — Discussion : MM. Darier, Török.
2° *Cas d'urticaire pigmentée*, par M. P. Raymond et par M. H. Feulard. — Discussion : M. Schwimmer.

JEUDI 8 AOUT. — SÉANCE DU MATIN.

PRÉSIDENT : **M. Neumann.**

M. NEUMANN : Messieurs, je vous remercie de l'honneur que vous m'avez fait en me confiant la présidence de cette séance. Cet honneur s'adresse moins à ma personne qu'au pays auquel j'appartiens. Ce n'est pas en vain que les membres du comité d'organisation ont fait appel aux médecins de ma patrie; nombreux, vous le voyez, nous sommes venus. La France est pour nous le berceau des études dermatologiques; c'est avec vénération que, réunis dans cet hôpital, nous pensons aux mânes de ceux qui l'ont illustré, les Alibert, les Biett, les Cazenave, les Devergie, les Gibert et les Bazin; c'est avec joie que nous sommes venus apporter à leurs éminents successeurs l'expression de nos sympathies.

DISCUSSION DE LA QUESTION VI (1).

Fréquence relative de la syphilis tertiaire ; conditions favorables à son développement.

I. Établir la proportion des syphilitiques qui arrivent à la période tertiaire :
1° Sans traitement;
2° Avec traitement.

II. Peut-on tirer quelque indice soit du chancre, soit des accidents secondaires comme présage des accidents tertiaires?

III. Déterminer l'influence réelle des causes réputées favorables à l'éclosion de la syphilis tertiaire (âge, constitution, sexe, antécédents morbides personnels ou héréditaires, profession, hygiène individuelle, impaludisme, alcoolisme, traumatisme, surmenage, causes dépressives).

M. NEUMANN (Vienne) : L'étude des formes tardives de la syphilis est un des points les plus importants de la syphiligraphie, car tandis que

(1) Cette discussion, sur la demande d'un grand nombre de membres du Congrès, a été placée avant celle de la question V.

la période secondaire est surtout importante par la contagiosité de ses produits et les dangers d'infection qu'elle provoque, les formes tertiaires sont autrement dangereuses, car souvent elles menacent la vie même. Diday a émis l'opinion que les accidents de la période secondaire pourraient faire prévoir ce que serait la période tertiaire; et que, avec une syphilis secondaire bénigne, cette période était supprimée ou réduite au minimum. Mais d'autres auteurs (Broabdent, Drysdale) ont vu paraître les syphilis tertiaires les plus graves après des accidents secondaires bénins; et pour beaucoup la syphilis tertiaire est indépendante de la syphilis secondaire. Selon W. Boeck, la syphilis tertiaire, surtout la syphilis viscérale, serait causée par le mercure, l'usage de ce médicament affaiblissant l'organisme qui deviendrait incapable d'éliminer la syphilis.

D'autres auteurs, Syme, Hughes Bennett (*Principles and practice of Medecine*), et aussi Després (*Société de chirurgie*, 1867) et Lancereaux (*Traité de la Syphilis*, 1873) jugent que la syphilis tertiaire est souvent produite par le traitement mercuriel à doses trop élevées. Selon Bærensprung, la syphilis tertiaire est causée par le mercure, qui affaiblit la constitution du malade, ce qui favorise les affections locales.

En me basant sur l'observation clinique et surtout sur l'étude anatomopathologique, je suis persuadé que la syphilis tertiaire est causée par le développement de produits inflammatoires qui datent de la période secondaire.

Dans la peau et dans les muqueuses, il reste, après la disparition de tous les symptômes cliniques, de nombreux centres pathologiques très étendus dont les éléments se composent principalement de cellules exsudatives. Plus l'infection est ancienne, plus le nombre des cellules diminue. — A l'état récent, douées d'une grande virulence, proliférant sans cesse, elles forment autant de foyers où l'infection de l'économie se renouvelle sans cesse. Plus tard, elles croissent plus lentement, elles sont moins virulentes, restent entassées et ont plutôt tendance à faire des néoformations; plus tardivement encore, elles aboutissent à la dégénérescence et à la caséification.

Des recherches ultérieures nous apprendront sans doute si ces proliférations cellulaires ne sont pas dues à ce que, dès le début, les parois des vaisseaux sont infectées.

Un certain nombre de causes favorisent la prolifération et la transformation de ces produits cellulaires. Une mauvaise hygiène, la malpropreté, l'abus des boissons alcooliques, l'âge très avancé, qui diminuent la faculté de l'organisme de réagir, sont des causes propres à faire surgir les formes tertiaires. D'autres éléments méritent d'être examinés.

Passons sur la querelle des mercurialistes et antimercurialistes; il suffit de dire que la cause principale de la syphilis tertiaire est un traitement insuffisant et surtout pas assez longtemps appliqué. Je suis parfaitement d'accord en cela avec mon cher confrère Fournier. On ne peut pas nier que quelquefois des syphilis peuvent guérir sans aucun traitement, mais ce sont là des exceptions.

Il n'y a rien d'étonnant que des produits syphilitiques restés dans le corps subissent plus tard des métamorphoses progressives et régressives. Les métamorphoses progressives se développeront surtout dans un corps affaibli.

D'après ce que j'ai vu, plusieurs maladies constitutionnelles, tuberculose, scrofulose, scorbut, diabète, anémie et les autres maladies intercurrentes, qui affaiblissent l'organisme et sa résistance, peuvent provoquer l'éclosion de la syphilis tertiaire. La manière de vivre du malade est de la plus grande importance pour l'éruption de la syphilis tertiaire. De même que les privations diminuent la résistance des tissus, de même une vie trop riche favorisera l'éclosion de la syphilis tertiaire. La secousse la plus légère, qui ne ferait aucune impression sur un individu sain, peut produire une gomme chez un syphilitique. Les influences de la température, surtout du froid, produisent des douleurs dans les muscles; une marche forcée, à pied ou à cheval, produira des affections de la capsule fibreuse des articulations. L'abus des boissons alcooliques et l'action du tabac et la carie des dents font naître souvent des gommes de la langue.

Il est superflu de mentionner que les rapports constitutionnels agissent sur l'évolution de la syphilis, comme un âge très avancé; parce que l'alimentation ne se fait plus avec la même énergie que chez les individus jeunes et sains. Ces recherches se rapportent surtout à l'apparition des formes tertiaires sans égard au traitement antérieur.

Je résumerai donc mon opinion dans les conclusions suivantes :

1° Les causes qui favorisent l'éclosion de la syphilis tertiaire sont :

a) Un traitement pas assez énergique et pas assez longtemps continué pour effectuer la résorption des exsudats, qui existent dans les tissus, à la période secondaire.

b) L'état constitutionnel du malade (tuberculose, scrofulose, scorbut).

c) Toutes les causes débilitantes :

2° S'il est vrai qu'on peut rencontrer la syphilis tertiaire chez des sujets qui se sont traités convenablement, il faut reconnaître que celle-ci est beaucoup plus fréquente chez ceux qui n'ont suivi aucun traitement. — L'action heureuse du traitement est donc indéniable.

3° La syphilis tertiaire est indépendante de la forme et de l'intensité du chancre du début et des symptômes de la période secondaire.

M. Drysdale (Londres). Je pense que l'absence de traitement mercuriel pendant les premières périodes de la maladie constitue dans 8 p. 100 des cas environ la principale cause du tertiarisme.

Le pronostic de la syphilis est, sinon impossible, au moins extrêmement difficile. L'âge n'a pas, selon moi, un grand effet. Un homme ou une femme âgés qui contractent la syphilis peuvent l'avoir bien légèrement, et n'arriver jamais au tertiarisme. Les forts et les faibles sont également attaqués par la syphilis tertiaire.

Aussi, je pense qu'il faut traiter tous les chancres indurés et toutes les syphilis secondaires de la même manière. Après les recherches de M. Pasteur, j'ai cru que le mercure, qui possède un tel pouvoir comme parasiticide externe, devait aussi avoir quelque puissance quand il est introduit dans le sang, pour entraver la vie du microbe de la syphilis et pour prévenir le tertiarisme. Aussi, je donne de faibles doses de mercure à tous les malades atteints de syphilis récente, dans l'espérance de prévenir les symptômes tertiaires tels que la syphilis du cerveau, les exostoses ou les gommes des muqueuses. Boeck, de Christiania, et l'École d'Édimbourg, comme le professeur Hughes Bennett, ont émis l'idée que le tertiarisme est souvent causé par l'abus du mercure. Je considère cette idée comme erronée. Je ne puis davantage partager complètement les vues de M. Henry Lee, de Londres, qui, dans une lettre à la *Lancet* de cette année (avril 1889), a avancé l'opinion que le tertiarisme pouvait être presque certainement prévenu par le moyen des bains de vapeur associés au calomel sublimé, et employés pendant six semaines ou deux mois dans la période initiale de la maladie.

Ayant entendu, à Paris, M. le professeur Fournier professer, dans ses leçons, que la cause principale du tertiarisme était l'absence d'une cure mercurielle pas assez longtemps prolongée, j'ai depuis quelques années essayé de traiter tous mes malades par des doses de ce médicament. J'ai donné 4 centigrammes par jour de proto-iodure de mercure à tous mes malades pendant six ou huit mois, et j'ai la satisfaction de dire que ces malades ont certainement très rarement présenté des symptômes tertiaires. Il en résulte donc :

1° Que, quand la syphilis est traitée sans mercure, à peu près 8 p. 100 des malades sont atteints d'accidents tertiaires;

2° Que le mercure possède sur le sang une action qui prévient la pullulation du microbe syphilitique par un mécanisme encore inconnu;

3° Qu'il peut ainsi prévenir le développement des accidents tertiaires, selon toute probabilité.

Je donne, pendant six ou huit mois, le traitement mercuriel, 4 centigrammes de proto-iodure par jour, et j'ai eu de très bons résultats de cette pratique en ce qui concerne la prévention du tertiarisme.

M. Charles Mauriac (Paris) : Parmi tant de questions obscures qu'on rencontre à chaque instant dans l'histoire de la syphilis tertiaire, il en est une, celle de sa fréquence, sur laquelle il semblerait, au premier abord, qu'il fût facile de se prononcer.

Il n'en est rien cependant. Aucune statistique valable ne permet d'y répondre.

I

Mais, avant d'en venir aux chiffres, ne serait-il pas plus instructif et plus médical de rechercher s'il n'existe point quelque rapport constant entre ce qu'on appelle le *tertiarisme* et les accidents spécifiques qui le précèdent et qui le préparent?

Parmi eux, le premier en date et celui qui nous inquiète le plus par le côté énigmatique de ses conséquences éloignées, c'est le *chancre*, la *sclérose initiale*.

Eh bien, quoique ce syphilome, qui est comme un microcosme syphilitique, semble nous donner en miniature une image des principales lésions qui se développeront plus tard, il n'existe pourtant entre ses formes si variées et celles des accidents ultérieurs aucune loi rigoureuse de concordance.

Ainsi, un petit chancre superficiel parcheminé, à peine érosif, n'est pas une garantie certaine que les manifestations cutanées et muqueuses des poussées successives de la syphilis seront toutes superficielles et résolutives, et encore moins que tous les viscères seront respectés.

Sans doute, il en est ainsi habituellement; mais il peut se faire que des chancres bénins soient suivis, sinon immédiatement, du moins plus tard de syphilides graves ulcéreuses et de viscéropathies redoutables.

Par contre, on voit quelquefois des chancres infectants dont la néoplasie énorme ressemble à de grosses gommes et évolue comme elles, et qui pourtant ne donnent point lieu à une syphilis caractérisée, dès ses premières poussées ou plus tard, par des tubercules, des suffusions scléro-gommeuses, des accidents tertiaires ostéo-périostiques, des syphiloses viscérales, etc.

La concordance entre l'accident initial et les accidents consécutifs se

trouve donc très souvent en défaut pour certaines formes de chancre. En est-il de même pour toutes?

Je crois qu'on doit faire des réserves au sujet des chancres infectants phagédéniques. Ce sont eux qui donnent peut-être le plus exactement la mesure de la forme et de la gravité des accidents ultérieurs. Il est très fréquent, en effet, de voir une syphilide ulcéreuse survenir d'emblée ou après une première poussée érythémateuse, à la suite d'un chancre infectant ulcéreux, ou phagédénique. Toutefois, ce fait n'implique pas l'éventualité du tertiarisme viscéral.

Des deux éléments essentiels du chancre, l'induration et l'ulcération, c'est le second qui donne le mieux l'idée du tempérament de la diathèse, de la forme et de l'allure de ses premières manifestations. Mais cette loi de concordance n'embrasse qu'une période restreinte de l'infection, car il peut se faire que les dispositions organiques du malade se modifient et impriment de nouvelles modalités et de nouvelles localisations aux accidents, à mesure qu'ils s'éloigneront de leur point de départ.

L'adénopathie spécifique qui occupe une si grande place dans la syphilis primitive, et qui joue un rôle si considérable dans la genèse et dans la diffusion du principe virulent, ne nous fournit pas plus que le chancre des notions positives sur la probabilité du tertiarisme.

Il serait téméraire de se prononcer sur sa fréquence en ne tenant compte que des premières manifestations syphilitiques soit primitives, soit secondaires.

S'il existe quelquefois une sorte d'équation entre le chancre et les premières poussées, c'est que ces accidents sont presque contemporains, et qu'ils se produisent dans un organisme dont les dispositions morbides restent les mêmes au moins pendant quelques mois. Il peut se faire que l'aptitude à concevoir l'action syphilitique, faible au début, se développe plus tard et donne à la maladie constitutionnelle une tournure fâcheuse que rien ne faisait prévoir dans les premiers jours.

L'aptitude, la prédisposition, voilà à quoi nous sommes toujours ramenés, quand nous cherchons à nous rendre compte de la bénignité ou de la gravité des manifestations syphilitiques. Mais en quoi consiste cet état de l'organisme?

Il est difficile de le dire. Sans doute une mauvaise santé, la misère physique et morale, les excès, les dyscrasies, les intoxications, en un mot toutes les conditions morbides antérieures, peuvent faire craindre le tertiarisme.

Toutefois, indépendamment de ces causes, il y a je ne sais quoi de mystérieux qui prémunit contre les atteintes sérieuses de la maladie constitutionnelle, ou qui, au contraire, permet à ses manifestations les

plus variées d'éclore partout, à toutes les époques du processus, et d'aboutir avec une plus ou moins grande rapidité à la plénitude de leur développement.

Je résumerai ce qui précède en disant que la syphilis primitive nous laisse, dans une certaine mesure, pressentir ce que seront les premières poussées de l'infection, mais qu'elle ne nous fournit aucune donnée sérieuse pour le pronostic des périodes ultérieures. On ne peut pas se fonder sur elle pour prévoir les probabilités ni pour calculer la fréquence du tertiarisme, surtout en ce qui concerne les déterminations viscérales.

II

Arriverons-nous à nous en faire une idée par d'autres moyens? C'est ce que je vais tenter, sans me flatter d'y réussir.

Parmi tous ceux qui contractent la syphilis, il y en a relativement un petit nombre qui aboutissent au tertiarisme. Voilà tout ce qu'on peut dire. Quant à fournir une proportion relative exacte, la chose me paraît aujourd'hui tout à fait impossible.

Pour arriver à un résultat positif, il faudrait qu'une statistique, embrassant un nombre très considérable de syphilis, contractées à peu près au même moment et dans le même milieu, pût suivre les individus jusqu'à leur mort. Et encore elle serait passible de certaines objections; car, pour ceux d'entre eux dont la durée moyenne de l'existence serait abrégée par une cause étrangère à la syphilis, on aurait le droit de se demander si, ayant vécu plus longtemps, ils ne seraient pas devenus tertiaires.

Les conditions d'une statistique ayant devers elle, pour asseoir son autorité et garantir son exactitude, un nombre très considérable de cas authentiques, avec l'observation exacte, rigoureuse et persévérante de tous les événements syphilitiques qu'auraient présentés ces cas jusqu'à l'apparition du tertiarisme ou jusqu'au terme normal de la vie : ces conditions-là sont presque irréalisables.

Et puis, combien n'y a-t-il pas d'affections viscérales qu'on rattache encore à la pathologie commune et qui ont une origine syphilitique?

Par contre, et en vertu d'une sorte de réaction qui va toujours au delà de son but, n'est-on pas trop enclin aujourd'hui à mettre sur le compte de la syphilis des viscéropathies qui lui sont étrangères?

La clientèle particulière des syphiligraphes ne leur permet d'apporter à la solution de ce problème aucun élément numérique assez compréhensif, assez général pour faire autorité. Elle peut donner des faits

bien et longuement observés; mais, si vaste qu'elle soit, elle pèche par l'insuffisance du nombre.

D'autre part, plus ce nombre serait considérable et plus il devrait être tenu en suspicion? Car où vont, en effet, les cas graves de syphilis, sinon chez les syphiligraphes les plus répandus, ou chez ceux qui se sont occupés plus particulièrement de telle ou telle affection syphilitique tertiaire? Leurs statistiques donneraient donc, en faveur du tertiarisme, des résultats exagérés dans un sens ou dans un autre, ou bien une proportion générale beaucoup plus grande qu'elle ne l'est en réalité.

La clientèle hospitalière nous fournira-t-elle des documents plus dignes de confiance, pour établir sur une base statistique à peu près certaine, la fréquence de la syphilis tertiaire par rapport à la syphilis primitive et à la syphilis secondaire?

Assurément nous trouvons dans nos hôpitaux spéciaux et même dans les hôpitaux consacrés aux maladies communes, une grande masse de faits, qui n'ont point été triés, qui se présentent à nous par la force des choses et traduisent la réalité mieux que ne le fait l'espèce de sélection qu'impose la clientèle privée. Mais, là encore, rien de précis, rien de positif sur cette question, rien qui permette d'exprimer la fréquence du tertiarisme par une formule numérique.

Un des maîtres les plus éminents de la syphiligraphie moderne, non seulement en France et dans l'École de Lyon qu'il a illustrée, mais partout où la science médicale est le plus cultivée, M. le professeur Rollet, a bien voulu me faire connaître sa manière de voir sur cette importante question de la fréquence relative du tertiarisme. Je la tiens en si haute estime que je cite textuellement et presque en entier la lettre qu'il m'a fait l'honneur de m'écrire :

« Les malades de ma clientèle, que je traite suivant les bons principes « et que je puis suivre pendant une assez longue suite d'années, ne pré- « sentent des accidents tertiaires que très exceptionnellement. J'ai « estimé autrefois approximativement à *moins* de 5 p. 100 la proportion « de ces accidents. Je connais d'anciens syphilitiques en très grand « nombre, placés dans ces conditions, qui n'ont eu que des accidents « primitifs et secondaires très légers; ils ont pu se marier, avoir des « enfants et même des petits-enfants, sans transmettre aucune trace de « maladie, ni aux uns, ni aux autres.

« Les malades de l'Antiquaille, dont les uns ont négligé leur maladie « avant d'y entrer, et dont la plupart n'ont fait que des traitements in- « complets, figurent au contraire dans les statistiques, avec une propor- « tion d'accidents tertiaires d'environ 15 p. 100. Mes statistiques, sous

« ce rapport, sont conformes à celles de mes confrères. On traite à « l'Antiquaille, annuellement, dans le service des hommes, 3 ou 400 « syphilitiques, et, dans le nombre, il y en a 45 à 60 qui sont cotés « comme tertiaires.

« La proportion des accidents tertiaires est bien plus forte chez les « malades tout à fait abandonnés à eux-mêmes, sans traitement. Dans « les endémo-épidémies de syphilis dont divers pays ont eu à souffrir, « chez des populations misérables, peu civilisées, dénuées de secours « médicaux, les accidents tertiaires sont très fréquents, très précoces « et très graves.

« Je crois donc que, dans cette question, il faut tenir le plus grand « compte de la *médication*. Abandonnée à elle-même, la syphilis parcourt, « dans beaucoup de cas, peut-être dans la majorité, son évolution inté- « grale. Mais, à ce sujet, on n'a que des présomptions ; les statistiques « manquent.

« Au contraire, lorsqu'elle est traitée, bien traitée, la syphilis est « presque toujours réduite à ces deux phases : primitive et secondaire. « On n'observe des accidents tertiaires que chez les malades dont le « traitement a été peu méthodique ou incomplet.

« Voilà ce que m'ont enseigné mon expérience personnelle et l'étude « des observations recueillies par nos devanciers ou nos contemporains « sur la syphilis depuis son origine. Je ne crois pas que la maladie se « soit beaucoup modifiée depuis qu'elle nous est venue d'Amérique ; « mais ma conviction profonde est que nous sommes armés de puissants « moyens, soit pour la guérir radicalement, soit pour en atténuer les « effets. A nous de bien nous en servir. »

Un autre maître en syphiligraphie dont l'autorité est aussi très grande, M. Diday, de Lyon, à qui j'ai également demandé son avis sur la fréquence du tertiarisme, a bien voulu me répondre. Voici quelques extraits de sa lettre :

« Je n'ai jamais pris de notes capables de me servir à édifier une sta- « tistique valable sur le nombre relatif des tertiaires. J'avais autrefois « porté par approximation ce chiffre à 6 p. 100, mais je crois qu'il devrait « être au moins doublé.

« Nous savons tous, d'ailleurs, que ce mot tertiaire est vague, que sa « compréhension dont chacun fixe arbitrairement les limites, est anti- « scientifique. En causant avec mes collègues de l'Antiquaille, avant le « Congrès de Grenoble de 1885, où nous nous occupions de créer une « section de dermato-syphiligraphie, j'avais proposé une question dont « le sens eût été compris de tous les praticiens : « Des véroles qui *tour-* « *nent mal;* leurs origines, leurs avant-coureurs, leur évolution et leur

« traitement. » Cette idée pourra être reprise dans un prochain Congrès, « à mon sens elle comprend toute la pathogénie de la syphilis. C'est « avouer que celui qui l'a posée, se chargerait bien de la traiter, mais « non de la résoudre. » Lyon, 7 avril 1885.

Quant à moi, je serais porté à admettre que la proportion des syphilitiques qui aboutissent au tertiarisme doit osciller entre 5 et 15 à 20 p. 100.

J'ai fait autrefois, vers 1876-77-78, beaucoup de statistiques sur la contagion des maladies vénériennes dans la ville de Paris. Elles me conduisirent à rechercher quel était à peu près le nombre de syphilis qui se contractaient tous les ans dans cette ville. J'arrivai à une moyenne de 5,000. C'est un chiffre qui est très approximatif et je crois qu'aujourd'hui il serait exagéré, car la syphilis semble avoir diminué depuis trois ou quatre ans. Mais peu importe pour la proportion que nous voulons établir.

Admettons qu'il se contracte tous les ans à Paris 5,000 syphilis.

Au bout de dix ans, il y en aurait 50,000.

Eh bien, pour établir — tout à fait approximativement, ai-je besoin de vous le dire? — la fréquence de la syphilis tertiaire, calculons sur la moyenne de 50,000 syphilitiques de tout âge, de toute condition, formant, dans l'ensemble de la population parisienne, une catégorie de malades en permanence et sensiblement la même à toutes les époques.

Si, sur ces 50,000 syphilitiques, 20 p. 100 devenaient tertiaires, nous en aurions tous les ans un total de 10,000.

Ne vous semble-t-il pas que ce chiffre-là est très exagéré et hors de proportion avec ce que nous montrent la clientèle privée et la clientèle hospitalière?

Peut-être que la moitié, c'est-à-dire 5,000 cas de syphilis tertiaire, serait encore au-dessus de la réalité.

En prenant la proportion de 5 p. 100, on arriverait à 2,500 syphilitiques tertiaires. Dans une ville comme Paris, est-ce trop ou trop peu? — Je crois que c'est trop peu.

Choisissez parmi les trois chiffres que je viens de vous donner.

Ce sont des calculs qui, sans être de pure fantaisie, n'ont aucune prétention à une exactitude rigoureuse. Si je vous les soumets, c'est pour vous montrer quels résultats on obtient quand on applique telle ou telle proportion à un nombre très considérable de cas. A défaut d'autres renseignements, ces chiffres peuvent-ils un peu nous éclairer?

Il sera toujours extrêmement difficile de répondre à cette question : Sur cent syphilis par exemple, combien y en a-t-il qui deviendront ter-

tiaires, ou qui *tourneront mal*, pour employer une expression très juste de M. Diday?

Sera-ce 5, 10, 15, 20?

Pas plus de 20, je ne crois pas. Mais certainement pas moins de 5.

Peut-être que 8, 10, 12, 15 donneraient une moyenne assez exacte.

Il serait d'une importance très grande d'être fixé sur la fréquence du tertiarisme. Qu'on songe en effet à toutes les incertitudes que présente le pronostic de la syphilis à ce point de vue de l'éventualité des accidents tertiaires.

Dans la grande majorité des cas, nous ne savons que penser sur un avenir prochain ou éloigné, alors même que nous tenons compte de tous les éléments qui nous sont fournis par le malade lui-même et par sa maladie. Nous en sommes réduits à nous dire dans les cas ordinaires : *C'est une affaire de chance;* il est probable que tel ou tel malade échappera au tertiarisme, parce que ce dernier est relativement peu fréquent par rapport à l'ensemble des syphilis qui *tournent bien*. C'est un calcul de probabilité, mais malheureusement les statistiques sur lesquelles nous pourrions le baser sont encore trop vagues et trop incomplètes.

III

Permettez-moi, maintenant, messieurs, de vous dire quelques mots sur la *chronologie* de la syphilis tertiaire.

Nos connaissances à cet égard sont presque aussi incertaines que celles que nous possédons sur sa fréquence.

L'échéance du tertiarisme, à supposer qu'il doive se produire, échappe à tout calcul dans un grand nombre de cas. On peut dire que l'inattendu est la règle. Certes, il ne serait pas difficile de réunir un grand nombre de chiffres et d'établir des moyennes: mais sur ce point, il existe une telle variabilité dans les résultats qu'on finit par perdre confiance en eux.

Laissant de côté les affections syphilitiques précoces du système osseux et du tissu cellulaire sous-cutané, ainsi que les syphilides malignes, nous avons, comme déterminations essentiellement tertiaires, dont il faut toujours se préoccuper, parce qu'elles sont fréquentes et dangereuses, celles du cerveau, de la moelle épinière et la syphilose pharyngo-nasale.

Celles du cerveau sont incomparablement les manifestations viscérales les plus précoces et les plus fréquentes.

La syphilose pharyngo-nasale qui constitue, elle aussi, une des manifestations communes du tertiarisme, survient en général à une époque de la syphilis plus avancée que les affections des centres nerveux. Les nombreux cas que j'ai réunis dans mes leçons sur cet important sujet

m'ont donné comme intervalle moyen entre l'accident primitif et l'invasion des premières manifestations tertiaires naso-pharyngiennes un intervalle de quatre années.

A défaut de statistiques assez nombreuses et assez précises pour répondre d'une manière satisfaisante à toutes les questions qu'implique l'étude de la chronologie et de la fréquence des accidents tertiaires, je vais résumer les *impressions* qui résultent pour moi d'une pratique de vingt années.

Il ne s'agit, bien entendu, dans ce qui va suivre comme dans ce que j'ai dit déjà, que de la *syphilis acquise.*

Au point de vue qui nous occupe, la *syphilis héréditaire* diffère complètement de la syphilis acquise. Elle est le terrain de prédilection du tertiarisme. Il y règne en maître, souvent d'emblée et sur tous les points.

Conclusions :

1° Dans la syphilis acquise, l'apparition des accidents d'ordre tertiaire n'est point un événement fatal, inévitable comme l'apparition des accidents secondaires. On a de 80 à 90 chances sur 100, environ, de les éviter, dans les conditions ordinaires où se fait actuellement l'évolution de la syphilis.

La proportion approximative du tertiarisme, qui est de 10 à 20, de 5 à 15 pour 100, augmente lorsque la contagion syphilique s'empare brusquement d'un milieu où elle n'avait pas régné jusqu'alors et y constitue un foyer d'endo-épidémie.

2° La chronologie des accidents tertiaires est très variable. Dans les endo-épidémies, comme dans la syphilis héréditaire, ils surviennent de très bonne heure, pendant la première année et même pendant les premiers mois. Il y a des cas exceptionnels où ils ne se produisent au contraire que 40, 50 ou 60 ans après le chancre. L'époque moyenne de leur apparition est comprise entre la troisième et la sixième année de la syphilis.

Il y a des syphilis viscérales qui sont remarquables par leur précocité.

Parmi elles, la syphilose cérébrale occupe de beaucoup le premier rang comme fréquence et comme gravité.

3° Les déterminations d'ordre tertiaire les plus fréquentes sont celles qui s'effectuent à l'extérieur, sur la peau, sur les muqueuses et dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Les néoplasies gommeuses dermo-hypodermiques, circonscrites ou diffuses, disséminées ou confluentes, quoique beaucoup moins communes qu'autrefois, comprennent encore presque la moitié des cas de la syphilis tertiaire. Ce sont elles qui constituent, par leur précocité, leur abondance,

la rapidité de leur évolution, la syphilis maligne qui est toujours d'ordre tertiaire malgré sa précocité.

Le tertiarisme externe est moins difficile à prévoir que le tertiarisme interne ou viscéral, parce qu'il se produit fréquemment à assez brève échéance lorsque l'accident primitif a été ulcéro-phagédénique.

Les accidents tertiaires osseux sont devenus beaucoup plus rares qu'autrefois. Ceux qui s'observent le plus souvent sont ceux que produit la syphilose pharyngo-nasale.

Parmi les syphilis internes ou viscérales, celle des centres nerveux vient en première ligne. C'est là un fait capital et sur lequel je ne cesse d'insister. Je serais tenté de dire qu'il est devenu tout à fait prédominant dans la question du tertiarisme. Et, en effet, ce qu'il y a de plus à redouter pour un malade atteint d'une faible ou d'une moyenne syphilis, c'est incomparablement la détermination spécifique sur le névraxe et principalement sur le cerveau.

Je placerais en seconde ligne, comme fréquence, la syphilose pharyngo-nasale sous toutes ses formes.

Les syphiloses du foie, du poumon, des reins, du cœur sont infiniment moins communes que les déterminations précédentes. Quelques-unes sont précoces parfois, celles des reins par exemple. L'éventualité des autres n'est pas à craindre dans les premières années de la syphilis.

Il n'existe point une loi de balancement entre les déterminations externes et les déterminations viscérales du tertiarisme. Cependant on observe un grand nombre de syphilis viscérales, entre autres celle du cerveau, dans lesquelles les accidents cutanés n'ont jamais dépassé la phase secondaire et s'y sont même montrés très rares ou fort bénins. Réciproquement, combien de syphilitiques ont, pendant des années, la peau labourée par les plus graves dermatopathies tertiaires, sans que leurs viscères soient atteints. Les viscéropathies ne constituent-elles pas l'exception dans les syphilides malignes?

Telle me paraît être de nos jours, dans ses grandes lignes, la syphilis tertiaire en France et à Paris particulièrement.

C'est à nos éminents confrères étrangers de nous dire si cela est semblable dans les différentes parties du monde où ils exercent, et qui, grâce à eux, ont été soumises aux règles d'une hygiène éclairée et d'une médecine savante et pratique tout à la fois.

M. Haslund (Copenhague) : En parcourant les observations de tous les cas de syphilis constitutionnelle chez les adultes que j'ai traités pendant les sept années (1882-1888), que j'ai été médecin en chef du quatrième service à l'hôpital communal de Copenhague, j'ai pu constater

par des chiffres la fréquence de relation entre les cas secondaires et tertiaires, et, après avoir étudié ces derniers de plus près, je pense pouvoir, dans la plupart des cas, expliquer les causes qui ont contribué à produire les accidents tertiaires. Ces recherches m'ont, en outre, fourni des statistiques assez importantes sur la succession, quant à la fréquence des affections tertiaires, dans les différents organes ou plutôt systèmes d'organes. Nous avons, il est vrai, de telles statistiques ailleurs; mais la syphilis se manifestant différemment, sous bien des rapports, et suivant une marche différente, sinon dans les divers pays, du moins sous les différentes zones, j'ai pensé qu'un tel exposé pourrait aussi à l'égard de notre pays avoir quelque importance et offrir quelque intérêt. De plus, j'ai cherché à savoir combien de temps après l'infection les accidents tertiaires s'étaient manifestés.

Bien que nous nous efforcions dans les observations de constater ces faits aussi exactement que possible, la chose est impraticable dans bien des cas : d'abord, parce que beaucoup de malades ignorent complètement que la maladie dont ils sont atteints est la syphilis, et puis encore, parce que la classe d'individus que nous traitons à l'hôpital se compose de personnes sur les déclarations desquelles on ne peut se fier pour les antécédents, soit, et surtout, par indifférence pour l'état de leur santé, soit par inaptitude à l'apprécier. Aussi je n'attache pas non plus une grande importance, au point de vue de la statistique, au résultat de ces recherches; d'autant moins que je ne crois pas qu'en général, on puisse assigner à l'apparition de la syphilis tertiaire un moment déterminé après l'infection, où la maladie se manifeste le plus fréquemment. Selon moi, il ne s'agit pas ici d'une question de temps. Dans la série de cas que je vais exposer, l'époque varie depuis quatre à cinq mois, jusqu'à trente ans, après l'infection. Ces recherches pouvant, sous certains rapports, offrir quelque intérêt, je n'ai pas cru devoir les omettre de cet exposé.

Le nombre total d'adultes (au-dessus de quinze ans) atteints de syphilis, que j'ai traités pendant cette période, s'élève à 5,188, dont 2,833 hommes et 2,355 femmes, parmi lesquels il y a eu 514 cas de syphilis tertiaire, c'est-à-dire 9,9 p. 100; chez les hommes, 290, c'est-à-dire 10,3 p. 100; chez les femmes, 224, c'est-à-dire 9,5 p. 100. Il y a, comme on le voit, peu de différence entre les sexes, quant à la fréquence du mal.

J'ai divisé ces 514 cas de syphilis tertiaire pour chaque sexe, en trois classes : A, ceux qui n'ont jamais été traités auparavant; B, ceux qui ont subi un traitement incomplet, c'est-à-dire des individus qui, après une période plus ou moins longue à la suite de l'infection, ont subi un seul traitement mercuriel ou quelques moindres traitements, tels que

frictions, injections ou pilules; et enfin C, les malades qui ont subi plusieurs cures, souvent nombreuses, tant de mercure que d'iodure de potassium, et quelquefois aussi de décoction de salsepareille. On verra que la plus grande partie des cas pour les deux sexes se trouvent dans les deux premières classes; et je range, par conséquent, l'absence de traitement antérieur ou un traitement incomplet dans la première période de la maladie, parmi les facteurs les plus importants qui déterminent l'irruption de la syphilis tertiaire.

Quant à la troisième classe, je tâcherai plus tard d'exposer les causes qui, selon moi, ont influé sur la maladie, et l'ont fait passer dans la période tertiaire.

Je vais d'abord présenter mes recherches concernant les hommes. Il y avait chez ceux-ci 260 cas de syphilis tertiaire, savoir :

Dans la classe A (ceux qui n'avaient pas été précédemment traités).	80
— B (ceux qui l'avaient été incomplètement)	171
— C (ceux qui avaient été souvent traités)	39

Le tableau suivant indique l'âge de ces malades, au moment où ils furent soumis à un traitement pour la syphilis tertiaire.

	A	B	C	Total
	—	—	—	—
Entre 15 et 20 ans	4	»	»	4
— 20 25 —	5	9	2	16
— 25 30 —	11	36	11	58
— 30 35 —	11	36	9	56
— 35 40 —	15	34	7	56
— 40 45 —	16	22	5	43
— 45 50 —	6	13	1	20
— 50 55 —	2	16	3	21
— 55 60 —	6	4	»	10
— 60 65 —	3	1	»	4
— 65 70 —	»	»	1	1
— 70 75 —	1	»	»	1
Total. . . .	80	171	39	290

C'est donc de vingt-cinq à quarante-cinq ans qu'on compte le plus grand nombre de malades dans les trois classes : l'homme, alors dans la force de l'âge, n'a guère souci de sa santé ; il semble, au contraire, s'ingénier le plus souvent à trouver de nouvelles épreuves à lui faire subir, afin de constater jusqu'à quel point il peut enfreindre les lois de l'hygiène et de la diététique.

Maintenant, quant au temps qui s'écoule depuis l'infection jusqu'au moment où apparaissent les symptômes tertiaires, j'ai déjà dit plus haut

que les données à ce sujet ne doivent être acceptées que sous toutes réserves, attendu que, dans bon nombre de cas, elles peuvent à peine être considérées comme tout à fait sûres; je crois pourtant pouvoir répondre de l'exactitude des données dans la plus grande partie des cas, attendu que nous avons toujours eu notre attention spécialement dirigée sur ce point dans l'anamnèse; et comme règle, toutes les fois que les déclarations ont été vagues ou indécises, le cas a été classé sous la rubrique : « Époque incertaine. »

Depuis l'infection, il s'était écoulé dans les différentes classes :

	A	B	C	Total
De 4 à 12 mois	3	16	4	23 cas.
1 an et demi	2			
2 ans	2	20	3	25 —
2 ans et demi	»	2	2	4 —
3 ans	6	11	3	20 —
3 ans et demi	»	1	»	1 —
4 ans	»	12	5	17 —
4 ans et demi	»	»	»	2 —
5 ans	3	8	1	12 —
6 —	1	13	2	16 —
7 —	3	9	1	13 —
8 —	3	9	2	14 —
9 —	9	5	2	8 —
10 —	1	13	1	15 —
11 —	1	1	1	6 —
12 —	8	4	»	12 —
13 —	2	1	2	5 —
14 —	1	6	2	6 —
15 —	2	3	»	5 —
16 —	3	2	»	5 —
17 —	»	2	»	2 —
18 —	1	4	»	5 —
19 —	1	1	»	5 —
20 —	2	4	»	6 —
21 —	1	4	»	6 —
22 —	»	1	»	1 —
23 —	1	»	»	1 —
25 —	1	2	1	4 —
26 —	1	1	»	2 —
28 —	»	»	1	1 —
30 —	2	»	»	2 —
En outre, syphilis congénitale	6	»	»	6 —
Époque incertaine	21	11	2	34 —
Total	80	171	39	290 cas.

D'après ce relevé, il semble que les douze premières années après l'infection soient la période au cours de laquelle apparaît le plus grand nombre de cas de syphilis tertiaire. Après cette période, le nombre des cas diminue sensiblement.

Quant à la localisation du mal et au siège des symptômes tertiaires dans les différents organes ou systèmes d'organes, mes cas me donnent le résultat suivant. Le mal se trouvait dans :

	A	B	C	Total	
Le derme	26	53	15	94	cas.
Le derme et les muqueuses	5	3	2	10	—
Le derme, les muqueuses et le système osseux	2	2	»	4	—
Le derme, les muqueuses et le système nerveux	1	»	»	1	—
Le derme et le système osseux	5	13	»	18	—
Le derme et le système nerveux	4	4	2	10	—
Le derme, les systèmes osseux et nerveux	2	»	»	2	—
Le derme et les organes internes	2	4	»	6	—
Le derme, le système osseux et les organes internes	»	2	»	2	—
Les muqueuses	4	10	3	17	—
Les muqueuses et le système osseux	6	1	2	9	—
Les muqueuses et les organes internes	»	2	»	2	—
Les muqueuses, le système osseux et les organes internes	»	1	»	1	—
Le système osseux	6	14	3	23	—
Le système osseux et les organes internes	»	3	»	3	—
Le système nerveux (et les organes des sens)	16	50	12	78	—
Les systèmes nerveux et osseux	»	3	»	3	—
Le système nerveux et les organes internes	»	1	»	1	—
Les organes internes	1	5	»	6	—
Total	80	171	39	290	cas.

Le derme est, comme on le voit, l'organe le plus fréquemment affecté : 147 fois sur 290 malades. Puis vient le système nerveux, 95 fois ; le système osseux, 65, et les muqueuses, 44 fois ; les organes internes, 21 fois seulement.

Les 224 cas de syphilis tertiaire chez les femmes se répartissent de la manière suivante dans les trois classes :

A. les non-traités auparavant . . . . 80 cas
B. les incomplètement traités. . . . . 113 —
C. les souvent traités. . . . . 31 —

Le tableau suivant fait voir l'*âge* de ces femmes, lors de leur entrée à l'hôpital, à cause de leurs accidents tertiaires :

	A	B	C	Total
Entre 15 et 20 ans	3	5	1	9
— 20 25 —	10	17	4	31
— 25 30 —	8	32	4	44
— 30 35 —	13	9	5	27
— 35 40 —	20	18	5	43
— 40 45 —	6	11	2	19
— 45 50 —	6	5	2	13
— 50 55 —	7	14	4	25
— 55 60 —	1	2	4	7
— 60 65 —	3	»	»	3
— 65 70 —	3	»	»	3
Total	80	113	31	224

Le plus grand nombre de cas se présente chez les femmes à un âge un peu moins avancé que chez les hommes; tandis que, chez ceux-ci, les classes de vingt-cinq à quarante-cinq ans fournissent le plus grand contingent, chez les femmes, ce sont celles de vingt à quarante. Il est vrai aussi que la femme contracte la syphilis plus tôt que l'homme; cela tient à son épanouissement et à sa maturité plus précoces.

Pour les femmes, les renseignements sur le moment de l'infection sont encore moins sûrs que pour les hommes. En effet, la période où commence le mal chez la femme, est, parfois, bien autrement latente que chez l'homme; il arrive fréquemment que les premiers symptômes sont à peine remarqués ou sont même méconnus ; la femme n'est pas, comme l'homme, à même de soumettre à une minutieuse observation, les régions où d'ordinaire débute le mal; la plupart des femmes souffrent souvent, surtout pendant et après la menstruation, d'excoriations, d'herpès sur les régions génitales; une syphilis naissante est, par conséquent, prise pour une de ces affections ordinaires. « La syphilis par conception » est certes beaucoup plus fréquente qu'on ne le suppose. Quand la femme, pendant la grossesse, remarque un état anormal de ses parties génitales externes, de l'endolorissement, des nodosités et des excoriations, elle pense que ce sont les effets de la grossesse et néglige, par conséquent, de consulter un médecin. De même que la syphilis, dans toute son étendue, semble avoir un cours plus bénin chez la femme que chez l'homme, les premiers accidents secondaires semblent aussi, en général, plus légers chez la femme; on trouve beaucoup plus fréquemment chez elle que chez l'homme, lors de la première admission à l'hôpital, des symptômes qui indiquent clairement une récidive de syphilis secondaire et où l'irruption précédente n'a été ni observée ni traitée. Il se peut que ce cours plus bénin chez la femme soit dû à des causes

diverses; mais pour moi, les plus importantes sont que la femme mène une vie régulière, en tout cas chez nous, et qu'elle ne s'adonne, pour ainsi dire jamais comme l'homme, à l'alcool, le meilleur et le plus sûr adjuvant de la syphilis dans sa lutte avec l'organisme.

En raison de ces diverses particularités, on ne doit donc pas s'étonner de rencontrer bien souvent des accidents tertiaires chez des femmes qui affirment positivement n'avoir jamais eu auparavant d'affection vénérienne, et de trouver parmi ces femmes malades un grand nombre qui sont très incertaines de l'époque où elles ont été infectées. A l'examen, on arrive pourtant parfois à trouver l'époque probable de l'infection, et il convient alors pour cela de pouvoir constater le rapport des naissances et des avortements, l'âge où les enfants sont morts, leur état de nutrition à la naissance, etc.

Voici les résultats que donnent les observations sur l'époque de l'infection :

		A	B	C	Total
Infection remontant à	1 an	»	11	5	16 cas.
— —	1 an et demi	»	5	2	7 —
— —	2 ans	1	5	2	8 —
— —	2 ans et demi	1	3	»	4 —
— —	3 ans	»	8	3	11 —
— —	3 ans et demi	»	2	1	3 —
— —	4 ans	»	6	5	11 —
— —	5 —	1	7	1	9 —
— —	6 —	1	5	»	6 —
— —	7 —	1	5	»	6 —
— —	8 —	1	3	1	5 —
— —	9 —	»	1	1	2 —
— —	10 —	1	5	»	6 —
— —	12 —	2	1	»	3 —
— —	13 —	1	»	»	1 —
— —	14 —	»	1	»	1 —
— —	15 —	»	9	1	10 —
— —	16 —	»	1	1	2 —
— —	18 —	1	2	»	3 —
— —	19 —	»	1	»	1 —
— —	20 —	1	1	1	3 —
— —	21 —	»	1	»	1 —
— —	25 —	»	3	»	3 —
— —	26 —	»	»	1	1 —
— —	30 —	1	1	1	3 —
— —	31 —	»	»	1	1 —
Syphilis congénitale		3	»	»	3 —
Époque incertaine de l'infection		64	26	4	94 —
	Total	80	113	31	224 cas.

Tandis que chez les hommes, il n'y en avait que 34 qui ne pouvaient pas préciser l'époque de l'infection, il y avait donc 94 femmes sur 224, qui ignoraient complètement qu'elles avaient été infectées, ou en tout cas, qui ne pouvaient indiquer d'époque où l'infection avait eu lieu.

L'une d'elles, « au dire des parents » avait été contaminée par le vaccin, mais il ne semblait pas assurément qu'elle eût subi de traitement antisyphilitique, avant l'apparition des symptômes tertiaires après la puberté.

Chez les femmes, les symptômes tertiaires furent localisés comme suit :

	A	B	C	Total
Le derme	26	47	11	84 cas.
Le derme et les muqueuses	7	9	4	20 —
Le derme, les muqueuses et le système osseux.	1	2	2	5 —
Le derme et le système osseux	12	12	3	27 —
Le derme et le système nerveux	2	2	1	5 —
Le derme, les systèmes osseux et nerveux.	»	»	1	1 —
Le derme, le système osseux et les organes internes	1	»	»	1 —
Les muqueuses	5	11	3	19 —
Les muqueuses et le système osseux	2	4	»	6 —
Les muqueuses et le système nerveux	1	»	»	1 —
Les muqueuses, les systèmes osseux et nerveux	1	»	«	1 —
Le système osseux	15	7	2	24 —
Le système nerveux et les organes des sens.	7	18	4	29 —
Les systèmes nerveux et osseux	»	1	»	1 —
Total	80	113	31	224 cas.

On voit que chez les femmes aussi, le derme est l'organe le plus souvent attaqué par la syphilis tertiaire : sur 224 cas, il s'est trouvé 143 fois affecté; puis vient le système osseux, 66 fois; les muqueuses, 52, et le système nerveux, 38 fois. Les organes internes n'ont été que dans un seul cas le siège de la syphilis tertiaire. Si le système nerveux chez la femme, au rebours de l'homme, occupe dans la série un rang aussi infime, avec moins de 1 p. 100, cela ne vient pas, comme d'aucuns l'ont pensé, de ce que l'homme, dans son activité, surmène son cerveau beaucoup plus que la femme et que, par conséquent, cet organe est chez lui plus disposé à la localisation du mal. Chez mes malades, il n'y a pas le moindre doute que l'alcool a joué un rôle décisif; les classes d'hommes qui sont traitées à l'hôpital, étant de celles où, d'ordinaire, on ne se fatigue guère le cerveau par un travail de tête.

Dans les 514 cas de syphilis tertiaire chez les hommes et chez les femmes, les différents organes ont donc été affectés dans la proportion suivante :

Le derme a été attaqué dans.	290 cas.
Le système nerveux, dans.	133 —
Le système osseux, dans.	131 —
Les muqueuses, dans	96 —
Les organes internes dans.	22 —

Que si nous nous demandons maintenant s'il est possible, à l'aide de ces matériaux, de découvrir les causes qui ont contribué à rendre ces cas tertiaires, je crois vraiment que la chose est faisable dans la majeure partie des cas. Cette circonstance, commune à 444 cas sur 514, qu'ils n'avaient jamais été traités auparavant ou qu'ils avaient subi un traitement mercuriel des plus incomplets et défectueux, me semble être une cause décisive, d'un si grand poids et d'une si grande valeur, que pour ces cas du moins, il n'est pas nécessaire d'en chercher d'autres. Il est probable que pour beaucoup d'entre eux, d'autres causes sont venues, *en outre*, influer sur la marche de la maladie : il se trouve naturellement un grand nombre d'alcooliques parmi ces malades, ou des individus qui ont été infectés à un âge précoce ou très avancé; il y en a chez lesquels la maladie était congénitale et quelques-uns qui avaient d'autres infections ou dyscrasies que la syphilis; mais pour moi, ce qu'il y a de plus important dans la grande majorité des cas, c'est l'absence de traitement ou un mauvais traitement jusqu'à l'apparition des symptômes tertiaires.

Il reste maintenant la classe C, 39 hommes et 31 femmes, chez lesquels le traitement a été souvent assez énergique, à ce qu'il semble, dans les périodes antérieures : mercure pour tous, iodure de potassium pour beaucoup. Examinant maintenant de plus près les observations de ces 39 hommes, je trouve, pour 22 d'entre eux, l'alcoolisme chronique assigné comme complication; c'est-à-dire que ces individus étaient des alcooliques invétérés, car d'ordinaire, nous ne faisons pas d'annotations au sujet de cette maladie, qui est malheureusement si générale, comme on le sait, à un degré plus ou moins prononcé dans les couches inférieures de la société, ces classes qui peuplent notre service. On sait combien est pernicieux le rôle que joue l'alcool dans tous les états pathologiques; il ne l'est pas moins dans les maladies contagieuses : nous voyons tous les jours des exemples où il peut rendre la syphilis maligne en venant la compliquer.

Dans deux cas où l'infection remontait respectivement à 13 et 11 ans, les malades avaient, depuis cette époque, séjourné bien des années dans les pays tropicaux et beaucoup souffert de paludisme. Dans deux autres cas, la maladie avait été, dès le début, complètement méconnue, et le traitement antisyphilitique n'avait été commencé que longtemps après la période secondaire. Dans l'un de ces cas les syphilides pustuleuses avaient été prises pour des varicelles et traitées comme telles pendant plusieurs mois (!)

Deux malades étaient déjà vieux lorsqu'ils furent infectés : l'un d'eux avait 57; l'autre, 67 ans. Le premier fut frappé d'une hémiplégie neuf mois après avoir été infecté; l'autre eut la syphilis cérébrale deux ans après l'infection. Un malade avait une idiosyncrasie absolue pour le mercure employé autrement qu'en très petites doses sous forme de pilules. Une seule injection, un petit emplâtre de mercure lui donnait un violent érythème généralisé. Deux ans après l'infection, il eut des nodosités ulcérées dans le derme. Il avait alors subi, au moins, quatre cures de pilules d'hydrarg. tannic. oxydul., mais, comme je l'ai dit plus haut, en petites doses.

Quatre malades avaient, il est vrai, subi un traitement mercuriel trois ou quatre fois dans le courant des premiers dix-huit mois ou deux ans, mais on ne peut guère dire qu'il avait été rationnel, car on ne leur avait fait à chaque fois qu'un très petit nombre d'injections d'une solution de mercure.

Pour six hommes seulement, il a été impossible d'avoir des renseignements ni du malade lui-même, ni sur le traitement, qui pussent vraisemblablement être considérés comme causes décisives du cours pernicieux de la maladie. C'étaient des hommes d'apparence vigoureuse, qui avaient été infectés de la syphilis dans la force de l'âge; ils ne s'étaient livrés à aucune sorte de débauche; le traitement mercuriel dans les premières périodes de la maladie, n'avait rien laissé à désirer, ni pour le nombre, ni pour la fréquence des cures. Il ne reste donc plus que ces deux seules questions : l'inonction, qu'ils avaient tous employée, était-elle la forme judicieuse de traitement mercuriel à leur égard, et comment l'avait-on appliquée? En effet, c'est une faute que commet souvent le médecin, que de donner des instructions défectueuses sur la manière « d'appliquer l'onguent », quand la friction est laissée au malade lui-même, comme c'est la règle chez nous. Quant à l'autre question : jusqu'à quel point l'inonction était la méthode convenable dans le cas en question, il est constant qu'on ne recherche guère, comme on devrait le faire, si la peau du malade peut réellement recevoir le mercure. Le fait est qu'il y a des individus chez lesquels les orifices des pores

sont si étroits (de ces individus à la peau très mince, fine et sèche), qu'il est presque impossible d'y masser l'onguent; il reste à la surface de la peau et l'idéal de la friction, « frotter jusqu'à ce que la peau soit sèche » n'est jamais atteint, quelle que soit la durée de la friction. Il va sans dire que ce mode de traitement n'est pas applicable à de tels individus, car la cure serait alors illusoire ou, en tout cas, stérile.

Maintenant, si nous examinons les cas des trente et une femmes de la classe C, nous verrons, comme on devait s'y attendre, que l'alcoolisme est loin d'avoir joué, chez elles, le même rôle que chez les hommes.

Dans quatre cas seulement, il est permis d'admettre que l'alcool, joint à une vie très irrégulière (elles avaient été autrefois toutes les quatre filles publiques), a influé sur le passage de la syphilis à la période tertiaire. Par contre, nous avons huit cas de syphilis non vénérienne, dans lesquels la nature du mal avait été longtemps méconnue, comme il arrive malheureusement si souvent pour cette forme de l'infection, et où celle-ci avait eu le temps, si je puis m'exprimer ainsi, de se développer et de bien se fixer dans l'organisme, avant que le traitement antisyphilitique eût été appliqué. Dans tous ces cas, la syphilis avait débuté par un chancre extra-génital, que les médecins inexpérimentés méconnaissent généralement. L'opinion souvent émise, que la syphilis qui survient après un chancre extra-génital a une tendance à devenir maligne est dénuée de tout fondement et contraire au bon sens. La nature n'est jamais absurde. Y a-t-il quelque raison pour que la syphilis qui vient après un chancre sur le doigt soit plus maligne que celle qui débute, par exemple, par un chancre sur la couronne du gland? Non, la vérité est que souvent les premiers symptômes secondaires échappent pendant longtemps, parce que le chancre extra-génital est méconnu, et que, de cette façon, le traitement nécessaire n'est pas appliqué à temps. Voilà pourquoi le chancre extra-génital donne lieu si souvent à une syphilis maligne qui passe à la période tertiaire.

Chez trois autres malades, qui semblaient avoir contracté la syphilis de la façon ordinaire, les premiers symptômes secondaires avaient été, de même, longtemps méconnus ou tenus cachés; en tout cas, ils n'avaient pas été traités.

Dans trois cas, la syphilis était compliquée d'autres affections graves, telles que la phtisie tuberculeuse, la néphrite chronique avec maladie du cœur, et une violente hystérie; dans ce dernier cas, tels étaient les symptômes cérébraux, qu'on pouvait bien se demander s'ils étaient dus à la syphilis ou à l'hystérie. Ils disparurent complètement après un traitement spécifique.

Dans un cas, le passage à la période tertiaire doit être attribuée à

l'âge avancé où la malade avait contracté la syphilis. C'était une femme de cinquante et un ans, qui avait été infectée un an auparavant; bien qu'on lui eut fait subir deux fois un traitement mercuriel assez énergique, il lui vint des nodosités à la peau, à la langue et dans la gorge.

Chez deux malades dont l'infection remontait à plus de dix ans, on put constater qu'elles avaient vécu pendant bien des années dans la plus grande misère et dans les plus pitoyables conditions hygiéniques; le manque de nourriture, le froid, l'humidité et la vermine avaient, dans le cours des années, imprimé leurs marques distinctives sur ces pauvres corps.

Dans cinq cas, on avait, il est vrai, appliqué bien des fois, pendant la première période (un à deux ans), un traitement mercuriel, mais il avait toujours consisté en injections d'hydrargyr. formamid., dont le nombre avait été très restreint à chaque fois.

Pour les cinq cas restants, on ne peut trouver, dans les renseignements anamnestiques, de cause admissible pour la transition de la maladie à la période tertiaire.

D'après ce qui précède, les conditions suivantes apparaissent donc comme causes principales ou coopérantes du passage de la syphilis à la période tertiaire :

1° Absence complète de traitement des symptômes secondaires.

2° Traitement mercuriel défectueux ou insuffisant dans la période secondaire, soit qu'il consistât en un traitement de trop courte durée ou qu'il fût commencé trop tard.

3° Complication d'alcoolisme.

4° Infection antérieure ou postérieure de paludisme ou d'autres fièvres climatologiques.

5° Existence simultanée dans l'organisme d'une autre grave affection générale chronique.

6° Syphilis congénitale et infection très précoce ou à un âge avancé.

7° Conditions d'existence qui occasionnent une diminution de la force de résistance de l'organisme, comme par exemple, la misère.

8° Intolérance du malade pour le mercure.

M. Vajda (Vienne) : Il n'y a pas longtemps qu'un éminent syphiligraphe a prétendu que le traitement de la syphilis constitutionnelle n'avait d'autre but que de prévenir les symptômes tertiaires.

Le moyen le plus sûr d'y arriver, ce serait de détruire radicalement le germe syphilitique, mais la solution de ce grand problème n'étant encore qu'un vœu, à l'heure qu'il est, le but suprême signalé par le même

auteur ne peut consister qu'à écarter les conditions favorables à l'éclosion des symptômes tertiaires de la syphilis.

Bien qu'au point de vue social on ne puisse être complètement du même avis, d'autre part il est certain que le malade atteint de la syphilis ne court un danger sérieux qu'au moment où il arrive à la période tertiaire.

La plus belle moitié de la tâche du médecin consiste à éloigner ou pour mieux dire à tuer le danger dans l'œuf. Il est clair qu'il ne peut penser à cela que s'il a une connaissance absolument exacte desdites conditions.

Actuellement, ces conditions mêmes ne sont pas du tout fixées. Car, tandis que les uns, comme Baerensprung et d'autres, croient qu'à côté de la maladie elle-même le traitement mercuriel antérieur a été la cause des lésions destructives ou tertiaires, les autres, et parmi eux les praticiens les plus expérimentés, comme Fournier, Sigmund et Jullien, cherchent l'origine de ces accidents dans le défaut ou dans l'insuffisance du traitement mercuriel antérieur.

L'opinion que le mercure serait la seule cause des lésions tertiaires n'a plus aujourd'hui, comme je l'ai déjà prouvé ailleurs, ni base ni défenseur.

Entre ces deux opinions s'en place une autre, représentée par des auteurs qui considèrent la constitution du malade et la qualité et l'état momentané des tissus comme déterminants pour le développement des lésions tertiaires, sans aller jusqu'aux causes finales de la prédisposition; tels sont, par exemple, Lancereaux, Hölder et d'autres. Mais il est remarquable que quelques-uns des auteurs acquis à cette opinion, comme Behrend, Pera, regardent les lésions destructives comme une victoire locale du contagium sur le corps affaibli. D'autres, Reder, Ferrier, Luc et Beer, pensent, au contraire, qu'une certaine somme de force et une certaine puissance de réaction sont la condition indispensable au développement des mêmes lésions.

Telles sont les opinions qui doivent nous guider dans la recherche des conditions dont nous avons parlé.

Avant d'aborder la question elle-même, peut-être ne serait-il pas superflu de connaître son importance nosologique.

Voici à ce sujet des statistiques empruntées aux rapports annuels de la période décennale 1868-1877, de l'hôpital général de Vienne. Sur 198,718 malades admis, 9,739, c'est-à-dire 4,7 0/0, étaient des syphilitiques. Parmi ces derniers, 632 ont présenté des lésions tertiaires, soit 0,3 0/0 des maladies en général ou 6,8 0/0 des affections syphilitiques.

Les chiffres relatifs à la syphilis sont, par suite de certaines circons-

tances, d'environ 20 0/0 au-dessous de la réalité; ils suffisent pourtant à caractériser l'importance nosologique de la matière que nous traitons.

I. — La question qui se pose naturellement ici est celle de savoir combien de syphilitiques arrivent à la période tertiaire après traitement ou non ?

Les statistiques qui suivent et qui ont rapport à cette question sont empruntées aux 267 cas, dont la plupart ont été observés par moi-même, à l'occasion de mes fonctions de chef de clinique (Assistent). Ces observations ont été recueillies pour une monographie publiée, il y a neuf ans, sur une thèse analogue à celle qui nous occupe.

Ces cas nous offrent des affections tertiaires de la peau, de la muqueuse, des os et des viscères. Tous nos cas ont été soumis à un examen scrupuleux et ont démontré que pas moins de 62 0/0 des malades tertiaires n'avaient suivi aucun traitement. Il nous reste 38 0/0 de ces malades, sur la moitié desquels seulement nous avons pu avoir des renseignements précis quant à la médication qui leur avait été prescrite : le mercure a été employé 23 fois, l'iode 12 fois, l'iode et le mercure alternativement 10 fois.

Mais, eu égard aux opinions émises et déjà mentionnées, nous avons dû aussi examiner si la médication ne favorise pas les lésions destructives en accélérant les symptômes ou en aggravant leur intensité.

Il va de soi qu'ici tous les cas qui présentaient une seconde cachexie ont été éliminés.

C'est ainsi que nous avons trouvé que les malades qui n'avaient pas suivi de traitement étaient attaqués de symptômes tertiaires déjà trois ans et sept mois après l'infection, mais par contre que les malades qui avaient suivi un traitement ne présentaient d'affections semblables que sept ans et quatre mois après l'infection.

Pour être peu nombreux, ces cas n'en sont que mieux examinés et nous croyons ne pas trop nous aventurer en concluant que les syphilitiques non traités sont atteints par les lésions tertiaires au bout d'un laps de temps de moitié plus court que les syphilitiques traités. Reste à examiner si la médication ne favorise pas la syphilis tertiaire en aggravant ses symptômes.

Parmi les malades non traités, au nombre de 166, nous avons trouvé 143 cas d'affections graves, telles que destructions compliquées de lésions fonctionnelles du nez, du palais et des viscères, ainsi que des *caries* et des *nécroses*, soit 80 p. 100 des malades non traités.

Chez les 101 traités, ces affections ne se sont produites que cinquante-deux fois, soit sur 50 p. 100 des malades.

A propos de l'influence des médicaments, mentionnons que 59 malades

atteints de la syphilis tertiaire avaient employé le mercure; 47 le mercure et l'iode; 103 presque tous l'iode seul; 11 l'iodure de fer; le reste des cures fortifiantes, et presque tous ont recouvré la santé.

En présence de ces faits, nous pouvons prétendre qu'on ne peut méconnaître les bienfaits du traitement de la syphilis, « *a secundariis* » par le mercure et l'iode, tel qu'il est pratiqué en Autriche. Son heureuse influence se fait aussi sentir sur les affections tertiaires subséquentes qu'il amoindrit notablement et qu'il arrive même à guérir.

II. Quant à l'influence du sexe, nous avons trouvé que les femmes non traitées étaient atteintes plus souvent et plus tôt de lésions graves que les hommes non traités; sur 81 femmes, 71 présentaient de pareilles lésions, soit 87,6 p. 100, tandis que, sur 85 hommes non traités, 67 seulement présentaient de ces lésions, soit 77 p. 100.

Chez les hommes non traités, les symptômes tertiaires apparaissaient quatre ans et six mois après l'infection; chez les femmes, déjà deux ans et neuf mois après l'infection.

III En ce qui concerne les professions des malades, nous n'avons pas trouvé de rapports bien prononcés entre leurs divers métiers, au nombre de 104, et les différentes lésions de nos 267 malades.

Cependant nous citerons comme digne de remarque ce fait que deux individus, exposés par leur métier à des variations de température extrêmes et astreints à un travail assez dur, furent déjà attaqués par les accidents tertiaires, au bout du quatrième mois d'infection; de ces deux sujets, l'un était garde-convoi, l'autre serrurier.

IV. Mais nous avons trouvé un résultat plus positif en recherchant l'âge dans lequel ces affections sont les plus fréquentes. C'est entre vingthuit et quarante ans que, d'après nos statistiques, les cas de syphilis sont le plus nombreux.

Selon nous, cela n'exprime pas encore une prédisposition pour cette période de la vie, mais les occasions d'infection sont plus fréquentes en raison des rapports sexuels.

V. Quant à l'influence des maladies de nature à compliquer les accidents tertiaires, nous croyons que la maladie peut être particulièrement accélérée et aggravée par les trois cachexies suivantes :

La tuberculose déjà citée par Holder, l'alcoolisme et la malaria ou fièvre paluléenne.

Il nous est impossible de citer beaucoup de cas de ce genre, il vaut mieux d'ailleurs voir la qualité que la quantité.

VI. Bien plus difficile est d'établir l'influence de la constitution des sujets au point de vue chimique, en d'autres termes au point de vue de

l'altération des substances organiques du corps; quelles sont les conditions favorables au développement des symptômes tertiaires?

Nous nous bornerons à citer ce fait, dû à nos propres analyses chimiques quantitatives, que la décomposition de certaines substances protéiques se mesure à la quantité d'acide sulfurique contenue dans les urines.

A défaut de faits suffisants sur l'altération qualitative, il ne nous restait que l'examen quantitatif.

En comparant le poids du corps des syphilitiques tertiaires avec celui de sujets sains de même âge, nous avons obtenu un résultat assez frappant à savoir que le poids des hommes syphilitiques tertiaires nouvellement admis à l'hôpital était de 10 kilogrammes moindre que celui d'individus sains du même âge. Au lieu d'avoir, d'après Quetelet, un poids de 67 kilogrammes, les hommes syphilitiques tertiaires ne pesaient en moyenne que 56 kilogrammes.

Pour les femmes, la différence était de 14 kilogrammes.

L'influence de l'état de santé sur la formation des lésions destructives sera prouvée par le cas suivant :

Un jeune homme mal nourri devient syphilitique et présente une éruption pustuleuse. Peu de temps après, apparaît une énorme gomme syphilitique dans les muscles de la cuisse. Grâce à une bonne nourriture et à une médication fortifiante, trois mois suffisent pour améliorer son état de santé. Il ne présente plus alors que des tubercules superficiels de la peau et nous n'aurons à constater plus tard que des plaques muqueuses. Les lésions destructives disparaissaient au fur et à mesure des progrès de la convalescence.

Ces circonstances m'autorisent, il me semble, à conclure que la syphilis tertiaire est par excellence la syphilis des faibles ou des affaiblis. Cette débilité peut avoir différentes causes parmi lesquelles la syphilis elle-même.

La syphilis tertiaire n'est donc pas une cachexie qui porte uniquement sur la qualité des substances organiques des corps, mais bien aussi sur leur quantité.

M. A. Fournier (Paris) : Au nombre des multiples et diverses questions que soulève l'étude de la syphilis tertiaire, figurent les deux suivantes, à coup sûr particulièrement dignes d'attention : l'une relative à ce qu'on peut appeler les *échéances du tertiarisme;* l'autre concernant la *qualité* et la *fréquence comparée* des manifestations morbides qui constituent le tertiarisme.

Inutile de dire que la solution de ces deux problèmes, du second plus spécialement encore, comporte des difficultés considérables et cela pour tout un ensemble de raisons que chacun devine : incertitudes fréquentes d'anamnèse ; obscurités étiologiques; erreurs possibles sur la qualité de telle ou telle affection, c'est-à-dire sur sa connexion pathogénique avec la diathèse ; et surtout éparpillement de la syphilis tertiaire qui, en raison même de la multiplicité et de la diversité de ses manifestations, se trouve forcément répartie en des milieux hospitaliers très différents, au lieu de se concentrer sous l'œil d'un seul observateur. C'est ainsi, par exemple, que nombre d'affections spécifiques des yeux, des oreilles, du larynx, voire des centres nerveux, échappent et échapperont toujours à nos services de syphiliographie, détournées qu'elles sont vers d'autres cliniques spéciales.

Toutefois, en dépit de ces difficultés et d'autres encore que je passe sous silence, il m'a pris l'ambition de m'attaquer à ces deux problèmes, en mettant à profit pour cela un recueil d'observations auquel je travaille quotidiennement depuis de longues années, depuis mon doctorat; recueil exclusivement constitué par l'histoire de mes malades de ville, sorte de bulletin journalier de ma pratique. Et qu'il me soit permis de dire tout aussitôt pourquoi j'ai choisi cet ordre de documents comme base de mes recherches statistiques, de préférence au stock de faits incomparablement plus étendu que m'eussent offert mes relevés d'hôpital. La raison en est simple. C'est que le recueil des faits en question m'a semblé à l'abri d'un reproche qui pèse forcément sur les statistiques d'hôpital. Les statistiques d'hôpital sont toujours suspectes, voire entachées de sélections involontaires ou voulues. On ne reçoit pas *tous* les malades indifféremment à l'hôpital, mais bien ceux qu'il est le plus urgent de recevoir, souvent aussi ceux qui agréent le plus en raison d'un intérêt scientifique, d'une recherche à l'ordre du jour. En ville, au contraire, dans un cabinet de praticien, on n'a pas le choix des malades par lesquels on est consulté. Ceux-là, c'est la force des choses qui les impose. Donc une statistique de ville, empruntée à un carnet journalier de médecin, a plus de chance qu'un relevé d'hôpital d'être l'expression sincère et exacte d'un ensemble clinique, à la condition, bien entendu, de porter sur une étape d'observation suffisamment étendue. Sûrement, elle sera moins sujette à erreur et se rapprochera plus de la vérité.

En tout cas, et sans prétendre, bien loin de là, donner comme irréprochable la source d'informations à laquelle je me suis inspiré, voici ce que m'ont fourni, relativement aux deux points que je me propose d'aborder dans cette communication, 29 ans de pratique et 2,600 cas de syphilis tertiaire observés dans ma clientèle de ville.

I

Premier point : *Quelles sont les échéances du tertiarisme ? Ou, en autres termes, à quelles périodes, à quels âges de la maladie entrent en scène les manifestations diverses qui constituent ce qu'on appelle la syphilis tertiaire.*

La réponse à cette question se trouve contenue pour moi dans la statistique suivante, reposant sur 2.395 cas où la date d'invasion du tertiarisme, sous forme de manifestations les plus diverses (disons mieux et plus exactement, sous toutes formes de manifestations) a pu être déterminée d'une façon précise.

					Report . .		2309 cas.
Au cours de la	1re	année.	106 cas.	Au cours de la	24e	année.	13 —
—	2e	—	227 —	—	25e	—	12 —
—	3e	—	256 —	—	26e	—	8 —
—	4e	—	229 —	—	27e	—	4 —
—	5e	—	205 —	—	28e	—	7 —
—	6e	—	201 —	—	29e	—	5 —
—	7e	—	165 —	—	30e	—	7 —
—	8e	—	124 —	—	31e	—	6 —
—	9e	—	95 —	—	32e	—	2 —
—	10e	—	115 —	—	33e	—	3 —
—	11e	—	87 —	—	34e	—	1 —
—	12e	—	69 —	—	35e	—	1 —
—	13e	—	60 —	—	36e	—	3 —
—	14e	—	59 —	—	37e	—	3 —
—	15e	—	57 —	—	38e	—	2 —
—	16e	—	53 —	—	39e	—	2 —
—	17e	—	42 —	—	40e	—	2 —
—	18e	—	45 —	—	41e	—	1 —
—	19e	—	36 —	—	43e	—	1 —
—	20e	—	35 —	—	52e	—	1 —
—	21e	—	12 —	—	54e	—	1 —
—	22e	—	16 —	—	55e	—	1 —
—	23e	—	15 —				
	A reporter. . .		2309 cas.		Total. . .		2395 cas.

On voit donc d'après cela :

1° Que la fréquence relative des manifestations du tertiarisme subit une ascension considérable de la première à la troisième année ;

2° Qu'elle atteint son apogée à la troisième année ;

3° Que de la quatrième à la onzième elle décroît d'une façon continue, assez rapide et presque régulière, tout en se tenant encore dans une moyenne assez élevée ;

4° Que, dans les dix années suivantes, elle continue encore à décroître, mais d'une façon bien plus lente ;

5° Qu'au delà, c'est-à-dire de la 21[e] à la 30[e] année, elle conserve un niveau à peu près uniforme, mais très abaissé. C'est l'étape où la syphilis tertiaire peut déjà être tenue pour *rare*.

6° Qu'enfin, au delà de ce terme, la syphilis tertiaire devient véritablement exceptionnelle. Et, en effet, passé la 30[e] année, elle ne figure plus dans les cadres de ma statistique que pour quelques unités clairsemées. Trente cas pour un laps de 24 ans, c'est minime, et l'on est autorisé à dire qu'à ces échéances extrêmes, à ces étapes démesurément reculées de la diathèse, le tertiarisme n'est plus qu'une *exception*, presque une curiosité pathologique.

Voilà ce qui, à première vue, ressort en toute évidence de la statistique qui précède.

Mais, à un examen plus approfondi, il en dérive en outre un autre résultat, celui-ci plus général et plus important, qu'il me reste à énoncer.

Une opinion très accréditée fait de la syphilis tertiaire une syphilis essentiellement *tardive*, voire presque exclusivement tardive. Eh bien, c'est là une erreur contre laquelle protestent énergiquement les chiffres que je viens de produire. Sans doute la syphilis tertiaire est fréquemment tardive, et tardive même quelquefois au sens extrême du mot, tardive jusqu'à atteindre des échéances de 40, 50, 55 ans au delà du début de l'infection. Mais ce qui n'est pas moins vrai, d'autre part, c'est :

1° Qu'elle peut être *précoce*, voire singulièrement et étonnamment précoce, jusqu'à prendre place dans les premiers mois de la maladie ;

2° Que le *maximum* numérique de ses manifestations, contrairement aux croyances en faveur, correspond aux *premières années* de la diathèse.

De cela voici la preuve :

I. — Ma statistique ne relève pas moins de 129 affections tertiaires (réparties sur 106 malades) pour la première année de la syphilis ; affections tertiaires toutes des mieux accentuées, des plus caractéristiques, ayant consisté, comme exemples, en ceci : syphilides ulcératives ou gommeuses, sarcocèle, gommes, lésions gommeuses du voile palatin, du pharynx ou de la langue, lésions osseuses, accidents de syphilis cérébrale ou de syphilis médullaire, etc., etc.

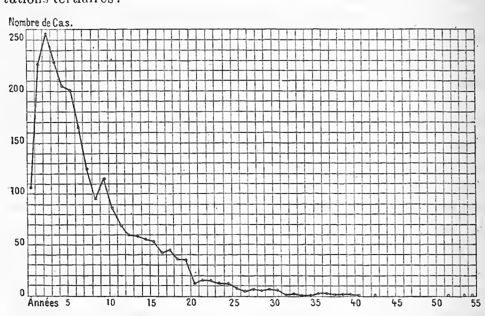
J'accorde que, sur ces 129 lésions tertiaires survenues au cours de la première année de la diathèse, il y en ait plus d'une bonne moitié dérivant de la catégorie toute spéciale des syphilis justement baptisées du nom de *syphilis malignes précoces*, et qu'il serait légitime de défalquer ces cas spéciaux d'une statistique tendant à déterminer l'évolution habituelle de la syphilis habituelle. Mais qu'importe ? Cette distinction au

total, n'est qu'artificielle; et, pour la pratique, il n'en subsiste pas moins ce résultat inattendu, à savoir : que, pour une raison ou pour une autre, la première année de l'infection présente une moyenne vraiment élevée de manifestations tertiaires, plus élevée, beaucoup plus élevée qu'on ne serait tenté de le supposer *a priori* et qu'on ne le croit généralement.

II. — En serond lieu, quel est — toujours de par les chiffres qui précèdent — l'âge de la maladie où le tertiarisme atteint son *apogée* comme fréquence de manifestations?

Réponse précise : la *troisième année.*

Et, après cette troisième année culminante, quelles sont les échéances qui s'en rapprochent le plus comme fréquence numérique de manifestations tertiaires?



Échéances du tertiarisme, d'après 2,600 cas de syphilis tertiaire.

Réponse non moins catégorique : les deux années qui encadrent la troisième, si je puis ainsi parler, c'est-à-dire celle qui la précède et celle qui la suit immédiatement, c'est-à-dire la *seconde* et la *quatrième.*

Disons même que cette seconde et cette quatrième année ne se différencient de la troisième que par un écart peu marqué : 256 cas pour la troisième; 227 pour la seconde, et 229 pour la quatrième.

Si bien que l'ensemble de ces trois années constitue la période morbide où la syphilis tertiaire est en pleine effervescence, la période où elle atteint son *apogée* comme fréquence de manifestations. De la seconde à la quatrième année, voilà l'échéance où la marée tertiaire bat son plein, qu'on me passe l'expression. En deçà et au delà, avant et après, elle n'est plus qu'inférieure à elle-même; elle n'est plus qu'en décroissance relative.

A ce point que, d'après mes notes, le chiffre des accidents tertiaires observés au cours de ces trois années constitue un peu moins du tiers, mais beaucoup plus du quart de la totalité des accidents de même ordre relevés en cinquante-cinq ans (712 sur 2,395). Ce qui équivaut à dire qu'au bas mot la syphilis réalise en ces trois années *plus du quart* du nombre total des méfaits tertiaires dont elle est ou peut être coupable dans toute sa carrière.

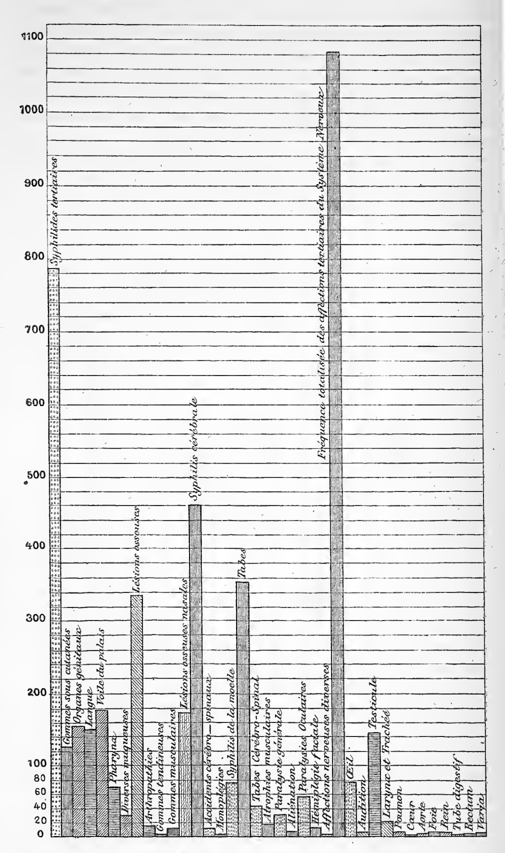
Ce document statistique sur l'apogée du tertiarisme ne laisse pas, me semble-t-il, de comporter un véritable intérêt au point de vue de l'évolution générale de la syphilis.

II

Second point : *Quelles affections composent le tertiarisme ? Et quel en est le degré de fréquence relative ?*

Voici ce que m'a fourni, à ce sujet, le dépouillement de mes notes.

Syphilides tertiaires		787	cas.
Gommes sous-cutanées		428	—
Lésions tertiaires des organes génitaux		157	—
— de la langue		152	—
— du voile palatin		179	—
— du pharynx		71	—
— de diverses muqueuses		30	—
Lésions osseuses		336	—
Lésions osseuses du squelette nasal et du palais osseux		173	—
Arthropathies		14	—
Gommes tendineuses		3	—
— musculaires		12	—
Lésions du tube digestif		4	—
Syphilome ano-rectal, rétrécissement rectal		5	—
Lésions du larynx et de la trachée		23	—
— du poumon		14	—
— du cœur		2	—
— de l'aorte		6	—
— du foie		9	—
— du rein		9	—
— du testicule		145	—
— de l'œil		69	—
— de l'audition		8	—
Système nerveux : Syphilis cérébrale	461	1085	—
Accidents cérébro-spinaux	11		
Monoplégies	3		
Syphilis médullaire	77		
Tabes	355		
Tabes cérébro-spinal	45		
Atrophies musculaires	19		
Paralysie générale	32		
Aliénation	9		
Paralysies oculaires	57		
Hémiplégie faciale	13		
Affections nerveuses diverses	3		
Affections diverses		8	—
Total		3429	cas.



Fréquence comparée des diverses manifestations de la syphilis tertiaire.

Nombre de chapitres contenus dans ce relevé seraient de nature à donner lieu à de longs commentaires. Je n'en retiendrai que deux, et pour en dire quelques mots seulement d'une façon toute incidente, avant d'aborder le fait principal que j'ai en vue dans cette communication.

Remarquez, d'abord, le chiffre élevé (157) pour lequel figurent, dans la statistique précédente, les lésions tertiaires des organes génitaux. Or, ces lésions ont consisté, pour l'énorme majorité des cas, en des syphilides circonscrites, du genre de celles auxquelles j'ai donné le nom de *syphilides ulcéreuses chancriformes;* chancriformes à double titre, en ce que tantôt, sous forme d'ulcérations plus ou moins creuses, elles simulent assez bien, d'aspect, le chancre simple, et que tantôt, au contraire, plus réduites de surface, nodulaires de forme et dures de base, elles prennent la physionomie du chancre syphilitique. Pour le dire au passage, ce sont les lésions de ce dernier ordre qui, maintes fois, ont été prises à tort pour des chancres syphilitiques *de récidive* et produites comme exemples de « réinfection syphilitique », de « syphilis doublée ».

En second lieu, notez un groupe d'affections qui — pour la première fois, si je ne m'abuse, — figurent dans un catalogue de manifestations syphilitiques tertiaires : à savoir les *atrophies musculaires*, dont 19 cas sont signalés dans ma statistique.

On n'a guère parlé, jusqu'à ce jour, d'atrophies musculaires syphilitiques. Eh bien, je crois en avoir rencontré un certain nombre d'exemples vraiment incontestables; et, pour moi, l'atrophie musculaire est une lésion que la syphilis réalise quelquefois. Je crois même déjà être autorisé à dire qu'il est deux ordres d'atrophies musculaires relevant de la syphilis : les unes symptomatiques en toute évidence d'une névrite et méritant le nom *d'atrophies périphériques;* — les autres semblent bien dériver d'une lésion des centres nerveux et constituant, en conséquence, des *atrophies d'origine centrale*. Je ne fais au reste que signaler incidemment ce sujet, me réservant d'y consacrer, en collaboration avec mon collègue et ami le Dr Joffroy, une prochaine communication.

Mais j'ai hâte d'arriver à un autre point, à celui qui, pour moi, constitue le résultat le plus curieux, le plus important, des recherches statistiques auxquelles je me suis livré.

Ce point, pour l'énoncer immédiatement, c'est la part considérable, énorme, que prend la *syphilis nerveuse* dans la syphilis tertiaire; c'est le degré de fréquence vraiment excessif, extraordinaire, auquel s'élèvent les manifestations nerveuses dans l'étape tertiaire de la vérole.

Qu'on en juge par les quelques chiffres suivants, que force m'est de rappeler.

Je trouve ceci dans mes relevés (d'où j'ai exclu — je demande qu'on m'en croie sur parole — tous les cas douteux, ambigus, pouvant prêter à contestation) :

461 cas de syphilis cérébrale; — 77 cas de syphilis médullaire; 11 cas de syphilis cérébro-spinale; 10 cas d'atrophie musculaire; 73 cas de paralysies partielles (paralysies oculaires, hémiplégies faciales, monoplégies, etc.)

Adjoignez à cela : 400 cas de tabes spinal ou cérébro-spinal; — 32 de paralysie générale, 3 d'affections nerveuses diverses, et 9 de troubles intellectuels semblant bien constituer une aliénation d'origine syphilitique; — puis additionnez, et vous serez en présence d'un total, aussi considérable que surprenant, de 1,085 cas d'affections du système nerveux s'étant développées au cours et du fait de la syphilis tertiaire.

Oh! je prévois bien, j'entends déjà l'objection qui va s'élever. On me dira : « Vous n'avez pas le droit de faire figurer dans une statistique de syphilis tertiaire des éléments qui y sont peut-être étrangers, tels que le tabes et la paralysie générale. Ce ne sont pas là des affections dont la nature, l'essence syphilitique soit absolument démontrée. »

Messieurs, je n'entends en rien introduire ici subrepticement et sous le couvert d'un autre sujet la grosse querelle du tabes syphilitique, non plus d'ailleurs que la plus récente, mais non moins intéressante question des rapports de la paralysie générale avec la syphilis, question sur laquelle MM. les Drs Morel-Lavallée et Bélières viennent de nous apporter de si curieux et si importants documents. Mais il me sera bien permis de répondre ceci, en ce qui concerne le tabes par exemple, à l'objection précitée : Que, si la *nature* syphilitique du tabes peut être contestée, son *origine* spécifique (ce qui est tout différent), à savoir sa relation causale avec la syphilis, ne saurait être niée, à moins de vouloir nier l'évidence. Et, en effet, depuis l'époque où j'ai appelé l'attention sur ce sujet, qu'est-il résulté de l'enquête qui a eu pour visée de vérifier ou d'infirmer mes assertions? C'est que les antécédents de syphilis ont été retrouvés dans le tabes avec un degré de fréquence qui a bien pu varier en de certaines proportions suivant les milieux, et suivant les observateurs, mais qui toujours s'est élevé à un niveau plus que significatif. C'est que les antécédents de syphilis figurent bien plus souvent, j'ose le dire, dans l'étiologie du tabes que ceux de rhumatisme dans les maladies du cœur. Si bien que la question aujourd'hui s'est déplacée. On ne discute plus, on ne croit plus opportun de discuter s'il existe un rapport étiologique entre la syphilis et le tabes, rapport réputé désormais indéniable; on s'occupe seulement de déterminer quelle est l'essence même de ce rapport. Le tabes est-il un résultat direct ou un résultat indirect, médiat, de la

syphilis; le tabes est-il syphilitique, ou bien n'est-il, suivant l'expression nouvelle, que *parasyphilitique?* Voilà seulement ce qui est en cause, voilà seulement ce sur quoi on dispute actuellement.

Or, en ce qui nous concerne pour l'instant, il nous importe peu que le tabes soit syphilitique ou parasyphilitique. Qu'il procède directement ou indirectement de la syphilis, il n'en est pas moins, dans un cas comme dans l'autre, un dérivé, un produit, une conséquence tertiaire de la syphilis. A ce titre, donc, il a sa place naturellement et forcément marquée dans la statistique que j'ai essayé d'établir sur les manifestations du tertiarisme; et quelle place lui assigner, sinon dans la classe des manifestations nerveuses?

Dois-je encore produire une autre objection — celle-ci toute personnelle — qui m'a été adressée, qu'on m'a fait l'honneur de m'adresser? On m'a dit : « Il n'est pas étonnant que vous ayez vu plus qu'un autre des accidents nerveux de syphilis, vos travaux sur la syphilis cérébrale et le tabes ayant eu pour conséquence d'appeler à vous les malades affectés de manifestations de ce genre. » — L'objection est trop obligeante pour que je la récuse. Mais je ne saurais lui attribuer une bien grande valeur, ni croire que la condition précitée ait été de nature à surélever bien notablement le chiffre des affections nerveuses qui figurent dans ma statistique. Car, à l'hôpital, où cette condition de personne n'existe plus, mes relevés m'ont fourni des résultats à peu près semblables à ceux de ma pratique privée. Au surplus, cette excessive fréquence des accidents nerveux du tertiarisme est un fait que je ne suis ni le seul ni le premier à avoir remarqué. J'aurais, à ce propos, de nombreux témoignages à citer. « C'est incroyable, me disait ces jours-ci un de mes plus distingués collègues, le Dr Landouzy, ce qu'on rencontre de par le monde d'accidents nerveux dérivant de la syphilis, notamment d'accidents de syphilis cérébrale, et cela soit à l'hôpital, soit en ville. »

En tout cas et réserve faite pour le dernier point dont il vient d'être question, voici, je le répète, ce que j'ai vu dans le milieu où j'observe et dans les conditions où je me trouve placé : sur 3,429 manifestations tertiaires, 1,085 affections diverses du système nerveux.

Eh bien, je dis que ce chiffre est considérable, énorme, exorbitant, presque extraordinaire.

Comparons, en effet :

Ce chiffre est très supérieur, d'abord, à celui des syphilides cutanées (787) et des syphilides muqueuses, voire des syphilides de toutes les muqueuses réunies (612), double ordre d'affections cependant considérées comme constituant l'expression la plus commune, la plus courante, la plus banale de la syphilis tertiaire.

A fortiori, ce même chiffre est-il infiniment supérieur, en second lieu, à celui des affections osseuses (336) et à celui des gommes (128), qui cependant passent encore, à bon droit, pour des manifestations de modalité très habituelle dans le tertiarisme.

Inutile enfin de signaler l'énorme distance qui le sépare de celui d'autres lésions tertiaires : lésions osseuses nasales (173), lésions du voile palatin (179), sarcocèle (145), lésions oculaires (69), etc., etc...

En définitive, les affections nerveuses constituent à peu près le *tiers* de la somme totale des manifestations du tertiarisme. En disant, comme concession à une objection précédente, qu'elles en constituent le *quart*, approximativement, nous serons sûrs de nous tenir à l'abri de toute exagération et d'exprimer un résultat qui doit être, je crois, bien voisin de la vérité.

Mais peu importe, du reste, une rigueur numérique, absolument impossible à réaliser, voire à espérer en l'espèce. Les chiffres qui précèdent sont de telle nature qu'ils suffisent amplement à la démonstration que je poursuis et qu'ils m'autorisent à conclure en les termes que voici :

De tous les systèmes organiques, c'est le système nerveux qui, sans contradiction possible, est le plus souvent éprouvé par la syphilis tertiaire, et cela avec une supériorité de fréquence vraiment inattendue, que j'étais loin de soupçonner moi-même, je le confesse, avant d'avoir dénombré mes observations, mais qui s'impose avec une authenticité indéniable.

C'est le système nerveux, somme toute, qui paie à la syphilis tertiaire le plus lourd tribut.

De là ces deux corollaires, qu'il me suffira d'énoncer et par lesquels je terminerai. A savoir :

1° Que le plus grand danger du tertiarisme réside dans l'excessive fréquence des affections spécifiques du système nerveux, affections dont chacun connaît l'importance et le haut degré de gravité.

2° Que le principe de la syphilis (quel qu'il soit d'ailleurs, ou virus, ou microbe, ou sécrétion microbique, n'importe), que le principe de la syphilis, dis-je, s'il constitue un poison de tout l'être, constitue surtout et principalement un véritable *poison du système nerveux*.

M. Zambaco (Constantinople) : Si j'ai demandé la parole, c'est uniquement pour exprimer mon sentiment d'admiration pour le beau travail de M. Fournier, qui nous a convaincus et fascinés : convaincus, par l'importance et la précision des documents ; fascinés, par la manière séduisante dont il a été présenté.

MM. Fournier, Mauriac, Haslund, Vadja ont prouvé, les chiffres en mains, la fréquence immense des accidents nerveux syphilitiques,

relativement aux autres manifestations syphilitiques. Et, voyez, messieurs, combien l'étude de la syphilis a progressé dans ces dernières années. Lorsque nous avons publié notre travail *Sur les affections nerveuses syhilitiques*, en 1862, en réponse à la question mise au concours par l'Académie de médecine de Paris, qui a bien voulu nous accorder la plus flatteuse récompense, tout le monde s'est écrié que nous exagérions et que nous voyions la syphilis nerveuse par tout.

Grâce aux progrès immenses effectués dans l'étude de la syphilis dans ces vingt-cinq dernières années, et vous savez, messieurs, combien les beaux travaux de M. Fournier y ont contribué, aujourd'hui, la syphilis nerveuse a été reconnue être l'expression la plus fréquente, la plus dangereuse, la plus désespérante de la syphilis constitutionnelle.

M. Leloir : Laissant de côté la question de la fréquence relative des accidents tertiaires, j'ai été tout particulièrement frappé dans les communications si importantes de MM. Mauriac, Fournier et Haslund, par le fait suivant.

Dans *toutes* ces communications, ce qui nous frappe, c'est l'affirmation de la *précocité* des accidents tertiaires ; ils sont très fréquents dans les premiers mois, dans la première année de la syphilis, disent MM. Mauriac et Fournier ; leur maximum de fréquence oscille autour de la troisième année, dit M. Fournier. Je ne puis, pour ma part, *que souscrire* à ces opinions.

Mais alors je me demande ce que devient la division de la syphilis en périodes : primaire, secondaire, tertiaire (pour ne nous en tenir qu'à la classification de Ricord), voire même quaternaire, si nous adoptons la classification de Bazin ?

Quels sont donc alors les caractères syphilomes du tertiarisme ? Est-ce leur *date* d'apparition qui permet de les dénommer ainsi ? Non.

La caractéristique chronologique du tertiarisme n'a donc aucune valeur.

Quels sont donc ces caractères ?

C'est la *destruction* des éléments anatomiques des tissus dans lesquels se sont développés les *syphilomes non résolutifs* du tertiarisme.

Nous pouvons donc dire, pour simplifier la question : qu'un *accident* dit *tertiaire* n'est autre chose qu'un syphilome destructif, non résolutif ;

Qu'un accident *dit secondaire* n'est autre chose qu'un syphilome non destructif, résolutif ou une lésion érythémateuse.

Nous nous expliquons mieux ainsi comment ces deux ordres d'accidents peuvent *coïncider* chez le même individu.

Nous évitons ainsi ce contre-sens apparent d'accidents secondaires et tertiaires coïncidant chez le même sujet, et *force nous est*, comme je l'ai

dit, en 1884, dans mes *Leçons sur la syphilis*, d'abandonner la division en : syphilis primaire, secondaire, tertiaire ; de rejeter la division chronologique, pour adopter la division suivante : *syphilomes résolutifs*, *syphilomes non résolutifs.*

Quant au pronostic tiré de l'aspect du chancre, je suis absolument, à cet égard, de l'avis de mon éminent confrère, le Dr Mauriac, et ainsi que je l'ai dit dans mes *Leçons sur la syphilis*, en 1884, page 187.

« En résumé, le chancre étant vu, on peut dire seulement, et encore avec réserve : Voici un syphilome primaire grave, il est probable que les premières poussées syphilitiques seront intenses. Que sera la syphilis plus tard ? Nous n'en savons rien. Il est possible qu'elle devienne bénigne et qu'elle s'éteigne.

Il est possible que cette syphilis devienne grave. Enfin il est possible, ce qui est plus rare d'ailleurs, qu'elle soit très légère dès le début.

Mais, messieurs, si au contraire vous vous trouvez en présence d'un syphilome primaire bénin d'aspect, peu accentué, non ulcéreux, en concluerez-vous pour cela que les accidents ultérieurs seront bénins ? Certes, non. Vous réserverez votre pronostic et vous ferez bien. — Vous n'oublierez pas que nombre de véroles, et des plus graves, sont consécutives à des chancres des plus bénins en apparence... »

La discussion est close et la séance est levée.

JEUDI, 8 AOUT 1889. — SÉANCE DU SOIR.

PRÉSIDENT : **M. Schwimmer.**

M. Schwimmer ouvre la séance en remerciant les membres du Congrès d'avoir bien voulu lui faire l'honneur de le comprendre parmi les présidents.

COMMUNICATIONS DIVERSES RELATIVES A LA DERMATOLOGIE

I

Sur un cas d'éruption acnéique généralisée, polymorphe,

par M. le Dr EUTHYBOULE (de Constantinople).

J'aurais à communiquer au Congrès un cas d'affection cutanée qu'il m'a été donné d'observer dernièrement et qui ne manque pas de présenter des difficultés au point de vue du diagnostic précis auquel il faut s'arrêter, ainsi que de l'étiquette qu'il convient de mettre en tête de l'observation.

Voici de quoi il s'agit.

OBSERVATION.

La nommée Fatma, âgée de vingt ans, née à Brousse, entre à l'hôpital Zéineb-Kiamil, à Scutari, lit nº 29, le 28 mars 1888, pour une éruption d'un aspect particulier dont elle est atteinte depuis un an et qui est généralisée sur la moitié supérieure du corps. Elle croit que cette éruption lui est survenue à la suite d'une forte émotion qu'elle a subie pendant qu'elle avait ses règles. Les règles se sont arrêtées aussitôt pour ne plus jamais revenir depuis, et quelques jours après, elle a remarqué une grande quantité de petits boutons rouges et confluents qui ont poussé tout d'un coup à la région sternale, de manière à former une plaque éruptive occupant toute la hauteur de l'espace intermammaire. Au bout d'un certain temps, d'autres boutons ont apparu sur la face dorsale des mains, puis à la tête, dans le cuir chevelu ainsi qu'aux parties avoisinantes du front et des tempes, à la ceinture, aux régions inguinales et génito-crurales, et ainsi s'est constituée entièrement, dans l'espace de quelques mois, l'éruption que nous observons actuellement, sauf pour les boutons qu'on remarque sur le dos et que la malade prétend avoir vu pousser tout dernièrement. Quant à l'éruption qui siège à la paume des mains, la malade en ignore non seulement la date d'apparition, mais même l'existence, et c'est avec étonnement qu'elle s'en aperçoit au moment où nous attirons son attention de ce côté.

L'apparition de tous ces boutons était accompagnée de quelques démangeaisons qui ont cessé bien vite. Ce n'est qu'à la tête et dans les aines que l'éruption est encore aujourd'hui légèrement prurigineuse.

Disons de suite que cette jeune fille ne présente rien à noter du côté de ses antécédents. Elle n'a jamais fait aucune maladie, si ce n'est à l'âge de dix ans, une ophtalmie sans conséquences ; en particulier, elle n'a jamais eu, avant l'affection actuelle, d'éruption quelconque, ni sur la tête, ni ailleurs. Ses règles ont été toujours régulières jusqu'au moment de leur brusque suppression qui a été suivie de l'apparition d'une leucorrhée persistante.

Examinons maintenant l'état des parties suivant les diverses régions du tronc, des membres et de la tête.

Tronc. — A la *poitrine*, on remarque une plaque éruptive qui a la forme d'une ellipse allongée et qui occupe toute la hauteur de la région présternale, entre les deux seins. Elle a une largeur de 5 ou 6 centimètres au niveau du milieu de sa longueur, tandis qu'elle s'effile à ses extrémités en se terminant par des languettes. Toute l'aire de cette plaque est occupée par une multitude de petits boutons serrés les uns contre les autres de manière à ne laisser entre eux aucune portion de peau saine, mais néanmoins distincts les uns des autres et non fusionnés ensemble malgré l'extrême confluence. Au pourtour de la plaque, au niveau de la fourchette du sternum, à la région de l'épigastre et surtout à la moitié interne de la surface des seins, existent plusieurs boutons de même nature, mais détachés, isolés et rendant ainsi diffuses et mal arrêtées les limites de la plaque centrale. Tous ces boutons sont d'un rouge sombre, pleins, fermes, globuleux, proéminents à la surface de la peau et non enchâssés dans l'épaisseur du derme : en un mot, ce sont des papules. Le volume est uniforme pour tous et correspond à celui d'une graine de moutarde. Ils sont surmontés d'une croûte jaunâtre qui se ramollit et tombe vite à cause de l'humidité de la région qui est constamment couverte de gouttes de sueur. Plusieurs de ces boutons, surtout parmi ceux qui occupent la périphérie, présentent une dépression centrale, comme une sorte d'ombilic.

En haut, la plaque sternale se termine par quelques boutons isolés qui figurent par leur groupement une languette dont la pointe ne dépasse pas le niveau des limites supérieures du sternum. Sur les côtés, les boutons qui occupent la peau du sein deviennent d'autant plus discrets qu'ils sont plus éloignés de la ligne médiane et finissent par disparaître tout à fait quelques centimètres en deçà du mamelon. En bas, l'extrémité amincie de la plaque sternale se continue sans interruption avec le foyer éruptif qui se trouve au niveau de l'*abdomen* et dont voici la disposition.

Un peu au-dessous de l'appendice xiphoïde, les boutons disséminés de la région épigastrique se mettent à changer petit à petit de caractères et de volume, deviennent petits comme des têtes d'épingle, noirs, durs, secs, accuminés, à l'instar d'un comédon, commencent de nouveau à se multiplier et, en se rapprochant les uns des autres, à former un nouveau centre de confluence qui occupe une surface plus large. Une bande ainsi formée par ces saillies rugueuses, pointues, conglomérées, d'une coloration d'un brun foncé et d'une largeur de plus de deux travers de doigt, descend verticalement au niveau de la *ligne médiane*, jusqu'à l'*ombilic*, et là elle se divise en deux branches horizontales, deux fois plus larges qu'elle, qui parcourent de chaque côté

la région de la *ceinture* jusqu'aux flancs. La bande transversale, avec la bande qui de son milieu s'élève perpendiculairement pour aller vers le creux des seins, forment ensemble une espèce de T renversé. L'aspect de l'éruption au niveau de ces bandes rappelle l'*acné cornée* de Vidal et Leloir; ce sont des comédons conglomérés qui ont en même temps quelque chose de l'ichthyose. Le doigt promené sur ces saillies cornées, terminées en pointe, donne une sensation parfaitement distincte de rugosité et de sécheresse. La peau sur laquelle sont parsemés les éléments éruptifs est uniformément pigmentée, principalement vers le côté droit de la ceinture, et sur ce fond d'un brun plus ou moins foncé, tranchent légèrement les petites élevures acuminées par leur teinte noirâtre.

Une plaque de la même nature, formée également de comédons conglomérés qui lui donnent une surface chagrinée, rude et sèche, existe au niveau de la région sous-claviculaire du côté gauche, pas loin du bord du sternum. Elle a une forme irrégulièrement triangulaire et la largeur d'une pièce de cinq francs en argent. Les comédons sont ici moins pressés les uns contre les autres qu'au niveau des bandes abdominales, et la pigmentation de la peau sous-jacente n'est point manifeste.

Une autre traînée, d'une apparence et d'une constitution identiques, un peu plus large que l'index, se détache du milieu de la plaque éruptive qui — comme nous allons bientôt le voir — occupe l'aine droite. Elle se dirige obliquement en haut et en dehors et, après un parcours de plusieurs centimètres, elle se termine en pointe mousse à la hauteur de la crête iliaque.

Aux régions *inguino-pubienne* et *génito-crurales*, l'éruption forme une large plaque qui figure dans son ensemble un triangle à base supérieure encadrant tout autour d'une bordure le triangle velu de la région. Ce n'est qu'au niveau de la ligne médiane, au-dessus du pubis, que les lésions font défaut, et l'on constate, à cet endroit, une mince bande de peau saine, de chaque côté de laquelle commence la portion inguino-génitale de la plaque, formant comme une corne dont la pointe se dirige en haut et en dehors vers les limites les plus reculées de l'aine. Ces deux cornes occupant symétriquement les parties latérales de la région constituent la base et les deux angles du triangle que figure ici le foyer éruptif, tandis que le sommet de ce triangle se perd insensiblement du côté du périnée. Les côtés latéraux du triangle se dessinent sur la partie la plus élevée de la face antérieure des cuisses, d'où la plaque éruptive gagne les plis génito-cruraux occupant une surface large de 4-5 centimètres à la face interne de la cuisse, tandis qu'elle borde d'une bande beaucoup plus étroite la partie externe de la grande lèvre de chaque côté.

L'aspect de l'éruption au niveau de cette plaque inguino-crurale est absolument différent de celui que nous avons déjà indiqué pour les autres régions du tronc et rappelle un peu l'eczéma lichénoïde invétéré. C'est une nappe papuleuse, sillonnée d'un réseau de lignes légèrement déprimées qui dessinent dans leur quadrillage une espèce de mosaïque, et qui sont les traces manifestes des intervalles qui séparaient originellement les papules agglomérées, et de la pression réciproque de celles-ci, les unes contre les autres, après leur fusionnement.

La surface de cette nappe, d'une coloration rouge sombre, est couverte, en grande partie, de croûtes sèches, squameuses, d'un jaune foncé. Dans les sillons génito-cruraux, à cause des conditions locales de chaleur et d'humidité,

elle est blanchâtre par la macération de l'épiderme qui se gonfle et s'épaissit, mais ne se soulève pas. Plusieurs papules isolées, qui siègent tout autour de cette portion de la plaque principale, offrent absolument le même aspect. Un certain nombre d'autres papules disséminées sur les confins des placards inguino-pubiens, en particulier de celui du côté droit, sont traversées à leur partie centrale par un poil.

Sur le *dos*, on remarque une grande quantité de papules croûteuses ayant une apparence presque franchement acnéique, isolées les unes des autres et rangées irrégulièrement en séries longitudinales, de façon à former dans leur ensemble une bande qui mesure toute la hauteur de la portion dorsale de la colonne vertébrale, dans une largeur de deux à trois travers de doigt.

Membres. Les *mains* présentent sur leur face dorsale, principalement au niveau du métacarpien du pouce et du premier espace interosseux jusqu'au delà du second métacarpien, un grand nombre d'élevures papuleuses qui rappellent vaguement l'aspect de la *chair de poule.* La vue les distingue comme proéminences, mais on les perçoit mieux au toucher, auquel elles donnent la sensation d'une peau de chagrin à gros grains, souple et molle. Leur sommet est en dôme, sans croûte; leur base n'est pas nettement détachée de la peau environnante, mais se confond insensiblement avec elle en pente douce, ce qui fait qu'elles sont régulièrement espacées les unes des autres comme une série multiple de collines séparées par des vallons. La peau n'offre aucune rougeur congestive au niveau de ces papules, mais dans toute l'étendue du côté radial de la face dorsale des mains, elle présente une suffusion pigmentaire uniforme, comme si elle eût été brunie par un soleil ardent.

La lésion est, à tous égards, plus accentuée à la main gauche.

Dans la paume des mains, surtout à la région hypothénar, on constate d'innombrables petites saillies rangées en séries parallèles suivant les plis de la peau, saillies d'une coloration jaune, quelques-unes coniques et pointues; d'autres, et ce sont les plus nombreuses, centrées d'un point noir déprimé au-dessous de leur surface; on dirait, pour celles-ci, des perles fausses qu'on aurait incrustées à plat sous l'épiderme. Elles donnent sous le doigt promené sur elles une sensation nette d'aspérités dures et rugueuses, de râpe. — Contrairement à ce que nous avons remarqué au sujet de la face dorsale, ici les lésions sont plus prononcées à la main droite qu'à la main gauche.

Verrue vulgaire, grosse comme un grain de chènevis sur le dos de la première phalange du pouce de la main gauche; une autre, exactement pareille, sur la première phalange de l'index droit.

Aucune lésion sur le reste de l'étendue des membres supérieurs. — Rien non plus aux membres inférieurs, si ce n'est une verrue, un peu plus grosse que celles des doigts, sur le gros orteil du pied gauche.

Tête. — Tout le *cuir chevelu* est uniformément occupé par des squames séborrhéïques, dont la couleur varie du blanc au jaune; quelques-unes, qui siègent principalement au sommet de la tête, sont molles, cireuses et franchement jaunes comme les croûtes faviques; d'autres, qu'on rencontre plutôt sur les parties périphériques du cuir chevelu, sont blanches, dures, sèches, sous forme d'amas d'apparence plâtreuse, à l'instar des monticules psoriasiques, et offrent une rugosité marquée à la main passée dessus.

Aux parties latérales du *front* de chaque côté, une plaque large de 5-6 centimètres déborde la lisière des cheveux sur une hauteur de 2-3 centimètres, se

continuant sans interruption avec l'éruption du cuir chevelu, mais prenant ici l'aspect d'un eczéma squamo-croûteux. Au niveau de la plaque frontale gauche existent, par ci par là, quelques lacs purulents, et l'on peut, en pressant latéralement, faire sourdre de la matière comme à travers un crible. En dehors de chacune de ces plaques, quelques papules croûteuses disséminées sur les parties les plus reculées du front servent de trait d'union entre la lésion frontale et une plaque de la même nature et du même aspect qui se trouve au niveau de la tempe et de la région préauriculaire de chaque côté, comme une expansion émanant également de l'éruption du cuir chevelu au devant de la bordure des cheveux. — Ces quatre plaques se terminent en avant par un bord nettement dessiné, plus ou moins arciforme, et figurent ainsi, dans leur ensemble, des cheveux en bandeaux lisses ou encore une guirlande à festons dont le front serait ceint.

Dans les conduits auditifs, et principalement à la conque du pavillon, surface humide à lamelles cornées, macérées, d'un jaune sale, amoncelées les unes sur les autres.

Derrière les oreilles, surtout à droite, productions verruqueuses, d'un brun foncé, agglomérées, quelques-unes pédiculées, comme de petites tumeurs molles, pendantes.

La face est rouge, injectée, mais sans aucune lésion appréciable. La peau est grasse, luisante au niveau des ailes du nez et des joues, piquetée par places d'orifices béants de glandes sébacées.

La langue est blanche, rugueuse, chagrinée, avec plusieurs petits points rouges du volume d'une tête d'épingle, disséminés sur le tiers antérieur de sa face dorsale, pareils aux clous dorés des tapissiers Les papilles sont très développées sous forme de petits filaments blancs allongés comme les poils d'un cœur d'artichaut. On les aperçoit plus nettement en cherchant à étaler, à déplisser la langue. — Lacis vasculaire à vaisseaux variqueux entrelacés, à la face interne de la lèvre inférieure.

A la face interne de la joue droite, près des dernières molaires, plaque blanche allongée, avec quelques papules blanches isolées au devant d'elle. La malade sent ces lésions avec la pointe de la langue promenée à leur surface, et éprouve une sensation purement tactile qu'elle compare à celle que donnent les élevures de la face dorsale des mains au doigt qui les frôle. — Elle ne fume pas.

Pendant tout le temps que nous avons eu la malade en observation (environ deux mois), l'éruption n'a présenté aucune amélioration, malgré divers traitements institués *intus* et *extra* (huile de foie de morue, arsenic à haute dose. — Savon noir, goudron, acide salicylique dans un mélange de glycérine et d'alcool, pommade phénico-mercurielle de Unna, etc.). — La seule modification que nous ayons remarquée est que toute application grasse ou humide faite au niveau des lésions de l'espace intermammaire, donnait un aspect blanc bleuâtre aux boutons par la macération de l'épiderme qui finissait par se déchirer sous forme d'une étoile à trois branches laissant voir, au fond de cette déchirure trifide, un derme rouge, tranchant élégamment sur la couleur gris-perle de l'épiderme environnant. Consécutivement, il se formait des croûtes jaunâtres au centre des papules.

Ainsi voilà une éruption qui occupe avec une symétrie presque parfaite plusieurs parties de la moitié supérieure du corps, particulièrement de la tête et du tronc, et qui présente une apparence et une constitution différentes suivant les diverses régions.

Au *cuir chevelu*, ce sont des squames et des croûtes séborrhéiques ressemblant beaucoup, sur quelques points, aux monticules de squames blanches, sèches, plâtreuses, comme du mortier desséché, qui caractérisent le psoriasis de cette région. — Sur les parties adjacentes du *front* et des *tempes*, l'éruption rappelle l'aspect des placards d'eczéma squamo-croûteux.

Sur le *dos*, au niveau de la ligne médiane, ce sont des papules croûteuses d'apparence acnéique. — A la *région épigastrique* et à la *ceinture*, un amas cohérent de petites saillies pointues, noires, dures et sèches, donnant au toucher une sensation de râpe, siégeant manifestement dans les orifices folliculaires, comme des comédons conglomérés et dont l'aspect général est celui de l'*acné cornée* de Vidal et Leloir. — A la région sternale, des papules confluentes, d'une apparence quelque peu spéciale, recouvertes de croûtes qui se ramollissent et tombent facilement, se renouvellent ensuite pour disparaître encore bientôt, et ainsi de suite. Quelques-unes de ces papules offrent, à leur partie centrale, une dépression, sorte d'ombilic, qui ne laisse pas de doute sur le siège folliculaire de la lésion. — Aux *régions inguino-crurales*, nappe squamo-croûteuse présentant l'aspect d'un eczéma lichénoïde invétéré et formée par le fusionnement d'éléments papuleux agglomérés et pressés les uns contre les autres.

Sur la *face dorsale des mains*, élevures papuleuses rappelant l'aspect de la chair de poule, et dans la *paume des mains*, petites saillies jaunes, amas de squames épidermiques entourant les orifices des glandes sudoripares.

Enfin, sur la langue et à la face interne de la joue, lésions plus ou moins semblables à celles que détermine sur la muqueuse bucco-linguale le lichen plan.

Quelle interprétation devons-nous donner à ce cas d'éruption complexe et polymorphe ?

La forme de la lésion élémentaire et le siège de l'éruption dans certaines régions, dont la plupart sont riches en glandes sébacées, indiqueraient que le point de départ de la maladie est le système de ces glandes. Mais les manifestations éruptives constatées du côté de la paume des mains, où il n'existe pas de glandes sébacées, cadrent mal avec cette appréciation ; d'autre part, les lésions de la langue et de la muqueuse de la joue n'auraient pas leur raison d'être dans une affection de nature acnéique.

Malgré cela, à cause de l'origine manifestement glandulaire de l'éruption, c'est encore au diagnostic *acné* qu'il faut s'arrêter, en admettant toutefois qu'il s'agit ici d'une espèce d'acné particulière, d'une forme spéciale. La distribution régionale des lésions était exactement la même que celle que Unna assigne à son eczéma séborrhoïque, et peut-être bien, dirai-je, faut-il admettre qu'à côté de cet eczéma, il existe aussi une acné séborrhoïque qui, conformément aux idées de ce maître, aurait également son origine, aussi bien dans les glandes sudoripares que dans les glandes sébacées, celles-là sécrétant la graisse aussi bien que celles-ci (sueur grasse de la paume des mains, glandes du conduit auditif, etc.). Cela expliquerait la présence des déterminations palmaires, et peut-être même — par ricochet — l'existence des lésions linguales, l'épithélium de la face dorsale de la langue présentant, en vertu des analogies de constitution, les mêmes affinités morbides que l'épiderme de la région palmaire (Unna, *De la desquamation en aires de la paume des mains et de la langue*, 1881).

Je n'ai trouvé dans la littérature médicale qu'un seul cas pareil au mien sous plusieurs rapports : c'est celui de la malade que M. Hallopeau a présentée dernièrement à la Réunion clinique hebdomadaire des médecins de l'hôpital Saint-Louis (séance du 29 novembre 1888), et les réflexions que le savant médecin a faites alors, à propos de ce cas, m'ont inspiré en grande partie l'essai d'interprétation que je viens de faire pour le cas de ma malade.

II. Observations basées sur les statistiques des maladies cutanées en Amérique,

par M. le Dr N. Hyde (de Chicago).

Les statistiques des maladies cutanées aux Etats-Unis d'Amérique et au Canada ont été jusqu'ici recueillies principalement par les membres de l'Association américaine de dermatologie. Ces relevés statistiques méritent d'appeler l'attention au point de vue scientifique, parce qu'ils ne comprennent que les affections qui ont été diagnostiquées et consignées par les membres de l'Association, dont chacun avait des titres spéciaux pour reconnaître les maladies de la peau et des facilités particulières pour les observer.

A la réunion de l'Association qui eut lieu à l'occasion du Congrès des des médecins et des chirurgiens américains tenu dans la ville de Was-

hington en 1888, j'eus l'occasion, en qualité de président du Comité de statistique, de présenter les relevés complets de l'Association pour une période de dix années d'observations et de comparaisons. Le rapport, pour les cinq premières années de cette décade, a été préparé et présenté par mon collègue et prédécesseur comme président du Comité, le professeur James C. White, de Boston. Les relevés complets pour la période de dix ans comprennent un total de cent vingt-trois mille sept cent quarante-six cas de maladies de la peau.

Une étude attentive des faits intéressants établis par cette masse de matériaux dermatologiques serait impossible dans les limites assignées à ce mémoire. Vous m'accorderez votre indulgence si, dans les pages qui suivent, je me borne à n'envisager qu'un petit groupe de chiffres, savoir ceux qui représentent les cas de malades dont beaucoup ont été observés par moi-même, les chiffres ayant été recueillis sous ma direction dans le district de Chicago.

Mon intention est de m'occuper ici de l'influence du climat de ce district sur trois affections communes de la peau, savoir : l'*eczéma*, le *psoriasis* et le *prurit*. Quant à la ville de Chicago, située comme elle l'est au pied du lac Michigan, avec plus d'un million d'habitants dans les limites de la ville et de ses faubourgs, il est à peine nécessaire d'expliquer que son climat est celui de la région connue au Bureau météorologique des États-Unis comme « la Région supérieure des Lacs ». Les changements de température auxquelles cette population est sujette sont indiqués par des variations thermales, s'élevant à quarante et même cinquante degrés Fahrenheit en vingt-quatre heures. Cette variabilité est due en grande partie au voisinage immédiat du grand volume d'eau douce et froide qui forme la mer intérieure adjacente du lac Michigan. On peut penser que c'est dans cette région, s'il en est une, qu'un champ se présente pour étudier avec avantage l'influence des changements climatériques sur les maladies affectées à un degré quelconque par l'influence de ces changements. Si l'on peut démontrer qu'une telle influence se fait sentir dans le district de Chicago, on comprendra vite l'importance de ce fait, et quelles doivent en être les conséquences dans l'énorme territoire représenté par les populeux États adjacents.

Les cas de prurit sont ici associés avec ceux d'eczéma, parce que les deux sont certainement de temps à autre des termes qui peuvent se changer l'un pour l'autre, un fort prurit général amenant souvent un eczéma, tandis qu'un eczéma bénin est souvent associé à un prurit, quelquefois à un tel point qu'il est difficile de décider quelle est la maladie prédominante. Le psoriasis est sans aucun doute moins sujet à l'influence des changements climatériques, mais qu'il soit jusqu'à un cer-

tain point affecté par cette influence, on pourra peut-être le déduire de ce qui suit. A-t-on reconnu jusqu'ici que ces trois affections avaient un rapport étiologique avec les changements climatériques qui tiennent aux saisons de l'année? On peut répondre sans hésiter pour la plus commune des trois affections, savoir l'eczéma. La plupart des praticiens qui ont écrit sur la dermatologie, et parmi eux, en Angleterre, T. C. Fox et Jamieson; en Allemagne, Auspitz, Neumann et Kaposi; en France, Bazin, Hardy, Hillairet et Gaucher; en Amérique, Piffard et Robinson; et en Italie, Proféta, se bornent à une simple exposition des faits admis touchant l'influence des applications directes de la chaleur ou du froid plus ou moins intenses dans la production de l'eczéma et de la dermatite. Les écrivains précités ne font qu'une brève allusion à l'influence du climat et des saisons. Cependant, mon estimé collègue, le docteur Duhring, de Philadelphie, déclare que les saisons exercent une influence très marquée sur les désordres de cette classe; que certains désordres de la dernière espèce sont beaucoup plus communs en hiver; et que les « changements soudains, principalement du chaud au froid, doivent être considérés comme effectifs ». Cazenave, en France, affirme clairement aussi que « l'équinoxe du printemps, le solstice d'été et de soudains changements de température sont marqués par des exacerbations de l'eczéma chronique. » En Angleterre, Wilson admet complètement l'influence des vicissitudes atmosphériques dans la production de l'eczéma; et Mc Call Anderson est également disposé à accepter l'influence des soudaines altérations de la température, de la chaleur au froid, dans la productions de ces maladies. Kaposi pense que le froid et l'air sec de l'hiver produisent l'eczéma squameux; Behrend admet aussi l'influence des variations de température dans son étude de l'étiologie de la même maladie. Cependant Hebra, après avoir admis complètement l'effet de la chaleur intense dans la production de certaines formes de dermatite, et du froid dans celle des engelures, est assez incrédule pour ajouter que l'idée que le commencement du printemps et la fin de l'automne sont marqués par l'apparition d'éruptions spéciales est une « supposition dénuée de fondement », et il préfère croire qu'un hiver rigoureux ou un été chaud sont plus préjudiciables à la peau que le printemps ou l'automne.

Des cent vingt-trois mille sept cent quarante-six cas de maladies de la peau catalogués par l'Association Américaine de Dermatologie, il y en avait trente-sept mille six cent soixante et un d'*eczéma*, deux mille sept cent seize de *psoriasis* et quatre mille cent trente et un de *prurit*, faisant un total de quarante-quatre mille cinq cent huit cas, soit trente-six pour cent du grand total. Il s'ensuit que plus d'un tiers de tous les cas de ma-

ladies de la peau observés et traités par des membres de l'Association aux États-Unis et au Canada dans l'espace de dix ans sont fournis par les trois maladies en question. De ce nombre le district de Chicago a fourni un total de vingt-trois mille cent trente et un cas de maladies de la peau.

Dans le dessein d'étudier l'influence du climat de cette région sur les malades affectés par les trois désordres de la peau en discussion, j'ai résolu de borner mon observation à ceux qui appartiennent aux trois années s'étendant du 1er mai 1886 au 30 avril 1889. Sur un total de deux mille cinq cent soixante-neuf cas de maladies cutanées enregistrés dans une clientèle particulière pendant cette période, sept cent quatre-vingt-dix-huit représentaient les trois affections choisies pour l'observation, ou environ trente pour cent du nombre total.

On a pensé que dans le service public des hôpitaux et des dispensaires, l'influence du milieu social, aussi bien que celle des métiers et des occupations de la vie, apporterait un élément de confusion dans la recherche de l'influence des saisons. Un très grand nombre des malades qui s'adressent aux institutions publiques de ce genre sont malpropres, et leurs désordres inflammatoires de la peau sont, dans une grande mesure, aggravés par les incursions de parasites, par les fatigues d'un travail pénible, par l'usage de vêtements grossiers et inappropriés et par l'ignorance révélée dans leurs efforts souvent maladroits pour procurer du soulagement à leurs maux. D'un autre côté, les malades rencontrés dans une clientèle privée ont en général des habitudes de propreté; ils n'ont pas de vermine et sont convenablement vêtus. Ils appartiennent aussi à la classe qui se trouve moins exposée aux inconvénients et aux dangers d'un travail manuel. Sans aucun doute, ils révèlent les simples effets de variations de la température sur la peau à un degré beaucoup plus marqué que les malades de la première classe.

Dans les tables jointes à ce travail, on trouve le nombre de cas d'eczéma, de psoriasis, de prurit qui ont été traités pendant chaque mois des trois années s'étendant du 1er mai 1886 jusqu'au 30 avril 1889. Afin que la comparaison soit facile, j'ai arrangé ces chiffres sous forme de tableaux. L'espace sur les côtés de bas en haut représente une addition de deux chiffres pour chaque espace, et les noms des mois sont arrangés horizontalement au haut des tableaux. A l'aide d'une ligne courbe, se trouve représentée la fluctuation entre l'augmentation et la diminution du nombre des nouveaux cas demandant du secours, aucun cas n'étant enregistré deux fois dans une année donnée. Les tableaux correspondants ont été préparés à ma demande par les directeurs du Bureau météorologique de Chicago ; ils donnent

le maximum et le minimum des températures pour chaque mois des trois années ; et aussi dans une table séparée le maximum et le minimum d'humidité enregistrés dans la même période. Ici aussi les noms des mois sont donnés horizontalement au haut du tableau ; et les degrés du thermomètre Fahrenheit sur le côté, les basses températures en bas, et les hautes températures en haut. Par une ligne semblable à celle mentionnée plus haut, se trouvent représentées les fluctuations de la température pendant la période d'observation.

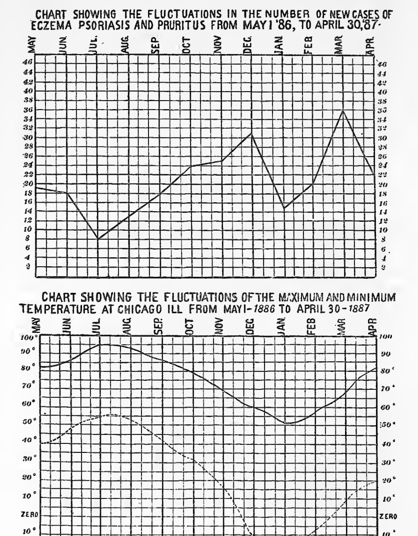


Fig. 1.

Une étude comparative de ces tables et de ces tableaux indique très clairement que si les influences climatériques des deux premières années choisies pour l'observation sont considérés comme exerçant une

moyenne d'effet dans la production des maladies de la peau, il ne peut y avoir aucun doute quant à l'importance étiologique des saisons. Les chiffres les plus bas de l'année sont atteints en été, mais il faut tenir compte dans une certaine mesure du fait qu'à cette époque de l'année les malades

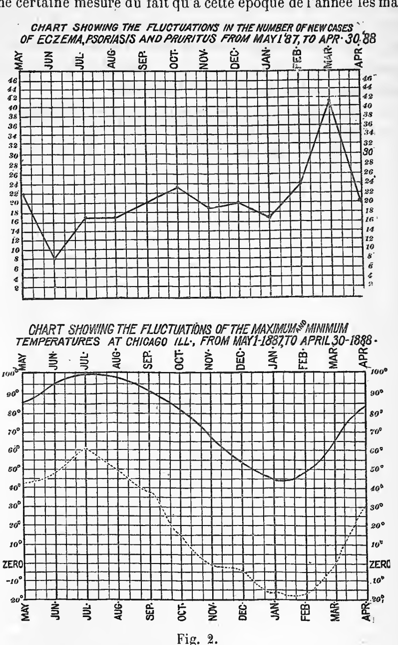
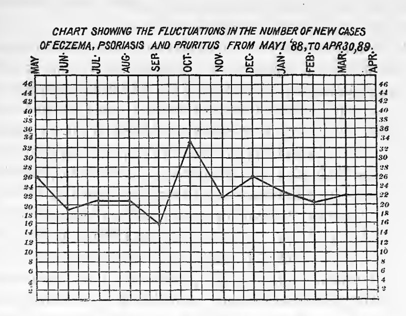


Fig. 2.

et les médecins sont censés être absents de la ville. Il est important de remarquer, cependant, que la fraîcheur relative de l'air, pendant les mois de juillet et d'août dans la région supérieure des lacs, fait d'agréables résidences d'été des villes de cette partie des États-Unis, non seulement pour leurs propres habitants, mais aussi pour les visiteurs qui viennent des régions plus méridionales. De plus, l'exode de la population de ces

villes et localités n'est pas comparable à celui de plusieurs autres aux États-Unis, à celui de Philadelphie, par exemple, qui est presque dépeuplée pendant deux mois.



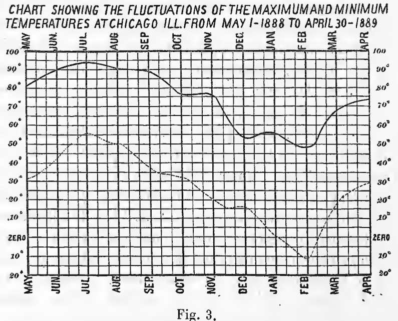


Fig. 3.

En tenant compte de ces raisons, et aussi de l'accroissement dans l'enregistrement de nouveaux cas ayant lieu après le retour en ville en automne des touristes d'été, il est clair, par ce qui précède, que la saison d'automne doit accuser une augmentation dans le nombre des cas nouveaux d'eczéma, de psoriasis et de prurit dans le district en question. Cette augmentation a lieu soit en septembre, soit en

octobre, ou en novembre; quelquefois dans l'un de ces trois mois une année, quelquefois dans un autre mois une autre année, suivant les changements thermiques de l'atmosphère dans les différentes années. L'accroissement du nombre des cas élève le chiffre à un point qui n'est inférieur qu'au maximum pour l'année entière.

Il est à remarquer aussi que le retour des touristes d'été a lieu invariablement pendant le mois de septembre, à l'époque de la réouverture des écoles; mais l'augmentation dans le nombre des cas d'eczéma, de psoriasis et de prurit, a lieu quelquefois dans ce mois, il est vrai, mais quelquefois aussi dans l'un des deux autres, le résultat étant déterminé par les conditions de la température atmosphérique. Naturellement, cette augmentation est suivie par une diminution dans le nombre de nouveaux cas, aussitôt que les températures plus fraîches et relativement uniformes de l'hiver succèdent aux premières. Pendant la première partie de décembre et le mois de janvier et de février, si on n'atteint pas les chiffres les plus bas de l'année, ceux-ci viennent réellement immédiatement après; les chiffres les plus bas, comme il a été expliqué précédemment, correspondant à la saison d'été et plus particulièrement au milieu de l'été. Directement et soudainement après cette période d'uniformité relative, se produit la plus grande augmentation de l'année au mois de mars. Ce fait est représenté d'une manière si frappante dans quelques-uns des tableaux, que l'œil est attiré immédiatement par la ligne de fluctuation. Ce maximum est atteint avec une soudaineté qui ne se remarque dans aucun autre relevé de l'année. La notable exception à cette règle pour les deux années est enregistrée pour le mois de mars 1889. Cette exception est expliquée d'une manière beaucoup moins frappante sur la table, que par les faits eux-mêmes. L'année 1889 a été, au point de vue climatérique, l'une des plus remarquables connues dans la région supérieure des lacs de ces cinquante dernières années. C'était l'objet de l'étonnement des millions d'habitants de cette partie des États-Unis. La douceur de l'hiver est bien indiquée par le tracé de cette ligne dans le tableau qui montre le minimum de température pour les mois d'hiver. Le brusque redressement de cette ligne, quand elle va de bas en haut, est bien expliqué par les nombres indiquant les températures minima dans les tables.

La plus basse température pour janvier a été de quinze degrés plus élevée que pour le même mois des deux autres années. Le mois de mars a été aussi cette année exceptionnellement beau; le soleil brillait presque du matin au soir tous les jours; la température de l'air a été délicieuse pendant tout le mois. Le minimum de température du mois a été de vingt degrés au-dessus de celle de 1888, et de onze degrés supérieure à celle du mois correspondant en 1886.

Le résultat est manifestement évident dans la table des maladies cutanées qui nous occupent et il aurait pu être prévu en tenant compte de ce qui précède. La brusque élévation des chiffres, représentant l'accroissement des maladies de la peau pour le même mois des deux années précédentes, fait ici complètement défaut. La direction presque uniformément horizontale de la ligne représentant la variation rend ce point évident. Il est à peine nécessaire d'ajouter que plus tard, dans la saison, ce temps délicieux fut suivi par des jours froids et désagréables dans les mois d'avril, de mai et de juin, dont les résultats sont aussitôt indiqués par une augmentation dans la statistique des maladies en question.

Les différences climatériques entre les mois de mars des années 1887, 1888 et 1889, sont indiquées beaucoup plus clairement dans les tables séparées que je joins ici et qui donnent les variations quotidiennes pour ces trois mois. Cependant, j'ai fait préparer ces dernières tables avec l'intention d'établir un fait clinique plus important. C'est celui déjà rapporté, auquel mon collègue, le Dr Duhring, de Philadelphie, a attribué une juste importance, savoir que la dépression de la colonne liquide dans un thermomètre, depuis le point le plus élevé jusqu'au plus bas, est un plus grand indice de l'aggravation des désordres cutanés de l'espèce qui nous occupe, qu'un mouvement inverse dans la même colonne thermométrique. Il est vrai que depuis le 1er février jusqu'au 1er avril, il y a généralement dans le climat de cette région une élévation graduelle de la température, mais dans le mois de mars, cette élévation est assurée, quand elle se produit après une série d'abaissements remarquables et très soudains. C'est cette série d'abaissements de température dans le mois de mars qui, en affectant la surface générale du corps, se traduit sur la peau sous la forme de désordres inflammatoires et pruritiques, qui prévalent pendant ce mois-là. L'expérience clinique m'a maintes et maintes fois prouvé ce fait important, et il est tout à fait singulier qu'une plus grande place ne lui ait pas été faite dans les nombreux chapitres consacrés à cette question de l'étiologie des maladies cutanées. Ces grands et soudains abaissements, au nombre de cinq ou six pour chacun des mois représentés sur le tableau, sont ceux que je regarde comme effectifs dans la reproduction et l'aggravation des différents désordres que nous étudions. L'une de ces brusques dépressions se révèle visiblement au mois de mars 1888, où la température s'est abaissée de 65 degrés du 19 au 21 de ce mois. Une autre, moins apparente toutefois, se remarque dans l'année précédente, quand du 12 au 15 il y eut un abaissement de 45 degrés.

Il est instructif de comparer les faits indiqués dans les tables passées en revues, avec ceux qui sont fournis par les relevés des établissements

publics. Dans l'intention de faciliter cette comparaison, j'ai construit un tableau emprunté aux statistiques des cas d'eczéma, de psoriasis et de prurit enregistrés au Dispensaire central gratuit de Chicago, pendant les trois années pour lesquelles les relevés d'une clientèle privée donnés plus haut ont été choisis, savoir du 1er mai 1886 au 30 avril 1889. Pendant cette période, 598 cas d'eczéma ont été soignés dans cette institution, et aussi 81 cas de psoriasis, 87 de prurit, formant un total de 776 cas de ces trois maladies; sur un grand total de 1,811 cas des maladies cutanées soignées dans ce laps de temps, la proportion des premières aux dernières étant de 0,429. On voit ainsi que les classes pauvres et laborieuses souffrent plus que les autres de l'eczéma, du psoriasis et du prurit, la proportion étant de près de 13 p. 100 en plus. Il faut ajouter que les malades qui se présentent à cet établissement appartiennent aux classes les plus déshéritées; ceux qui, en général, sont incapables d'acheter des médicaments et beaucoup plus encore de payer les soins d'un médecin. Ce sont les indigents, les hommes de peine qui font les travaux les plus grossiers, les gens mal nourris, ceux qui n'ont que de pauvres vêtements et qui portent les effets les plus durs pour la peau, les ignorants, les malpropres, les vicieux et les débauchés. Il n'est pas rare qu'ils soient couverts de vermine, et souvent aussi ils sont les victimes des efforts les plus mal dirigés pour soigner un malade. J'ai arrangé ces relevés de dispensaire sur le tableau comme je l'ai fait pour les autres, l'accroissement des cas en nombre de bas en haut étant donné sur les côtés de la page, tandis que le mois et l'année sont en lignes horizontalement au haut de la table. La ligne représente les variations dans le nombre des cas nouveaux des trois maladies nommées pour la période en question.

Cette ligne de variation montre des points de maximum d'élévation pour les trois années, trois fois pendant le mois d'août; deux fois pendant le mois de juin; et une fois pour chacun des mois de février, avril, et décembre. Le points les plus bas ont été atteints en septembre, novembre et décembre. Il me semble qu'ici on trouve une explication des faits sur lesquels un observateur aussi soigneux que Hebra, a basé les affirmations citées plus haut, concernant l'influence des saisons sur la production des maladies cutanées. Ici, il est évident que l'action directe et plus ou moins intense du froid et de la chaleur sur la surface de la peau est en grande partie responsable de la fréquence de ces maladies plutôt que l'influence générale de la saison froide. L'ouvrier qui transpire à son labeur quotidien sous les rayons d'un soleil tropical, demande des soins pour sa maladie de la peau, dans ce mois d'été où un malade d'une meilleure position sociale peut protéger convenablement sa personne et l'abriter dans un bureau ou à la Bourse. L'enfant enveloppé de flanelle

grossière et couvert de vermine est exposé au froid d'une nuit d'hiver quand les sources d'une chaleur artificielle viennent à disparaître, et il est ensuite trop échauffé dans l'atmosphère étouffante d'un petit appartement où non seulement on fait la cuisine, mais qui, en hiver, sert aussi à tous les usages de la vie domestique.

L'examen de ces tables suggère, en fait, une étude de sociologie aussi bien qu'une étude des relations de climat à la maladie. Les conclusions suivantes me paraissent dériver logiquement de ce qui précède :

1° Dans les classes moyennes et les classes élevées de la société, celles qui plus particulièrement jouissent du bien-être et dans beaucoup de cas des douceurs de la vie, le nombre maximum des malades affectés d'eczéma, de psoriasis et de prurit, dans un climat aussi variable que celui de Chicago, sera probablement relevé dans le premier mois du printemps; et le plus grand nombre au-dessous du maximum, dans les premiers mois de l'automne.

2° L'importance étiologique de ces deux saisons est le plus effectivement démontrée quand il y a une série de changements rapides de température de haut en bas de l'échelle thermométrique, rarement dans le sens inverse : cette importance alors se trahit strictement par une influence climatérique sur la surface générale du corps, peut être avec des manifestations typiques de ces maladies dans certaines régions spéciales d'individus sensibles à cette influence.

3° Chez les malades de la classe précitée, la température relativement uniforme du milieu de l'hiver coïncide généralement avec le développement du moindre nombre de cas nouveaux, les précautions hygiéniques amenant par degrés la surface générale du corps à supporter sans incommodité les températures qui prévalent dans ces saisons.

4° Les variations d'humidité de l'atmosphère semblent exercer sur les désordres en question une influence beaucoup moins appréciable.

5° Dans les basses classes de la population, celles qui sont occupées aux travaux manuels, celles qui sont exposées aux plus mauvaises conditions hygiéniques, qui portent des vêtements grossiers, qui ont une nourriture insuffisante et mal préparée, et celles qui s'abandonnent aux excès de toute espèce, l'application directe de la chaleur et du froid à la surface du corps au milieu de l'hiver et au milieu de l'été, aggravée par une ou plusieurs des conditions indiquées plus haut, suffit à engendrer, dans ces saisons, le plus grand nombre de cas d'eczéma, de prurit et de psoriasis. Le milieu de l'été est plutôt plus efficace que le milieu de l'hiver dans la production de ces résultats. Dans d'autres saisons de l'année, ces désordres de la peau, dans la classe de population qui m'occupe main-

tenant, sont probablement sujets dans une moindre mesure aux vicissitudes de la température atmosphérique.

6° L'importance étiologique de ces faits doit être considérée dans ses rapports avec toute thérapie qui peut être proposée pour les trois maladies que nous considérons. On ne devra regarder comme ayant un effet thérapeutique démontrable sur ces maladies, que la méthode de traitement qui est capable d'assurer un certain degré de soulagement aux périodes où les maladies en traitement augmentent en nombre et en violence pour des raisons climatériques, tandis qu'une méthode de traitement prouvée comme efficace quand ces trois maladies déclinent en nombre et en violence pour des raisons climatériques, devrait reposer, pour la démonstration de sa valeur thérapeutique, sur une preuve s'appuyant précisément sur les conditions contraires.

III. Neuro-syphilides et neuro-léprides,

Par M. le Dr P.-G. Unna (de Hambourg).

Il y a cinq ans, j'eus l'occasion d'observer pour la première fois un malade ayant dépassé la trentaine et chez qui, deux années auparavant, j'avais vu se développer les premiers symptômes de la syphilis. Il était affligé d'une syphilide toute particulière qui excita au plus haut point mon attention. Aussitôt après un traitement interne par le mercure, qui avait été entrepris avec succès pour la cure de quelques plaques muqueuses, plusieurs cercles rouges de la grandeur d'un franc jusqu'à celle d'une pièce de cinq francs, apparurent dans une position à peu près symétrique sur la face radiale des deux avant-bras. La largeur des cercles était d'environ un centimètre, l'espace libre des centres mesurait de quatre à six centimètres. Leur couleur était d'un rose vif qui, sous l'influence d'irritations extérieures, comme le froid et le frottement, prenait une nuance plus foncée et plus bleuâtre. Quelque temps après, s'ajoutèrent aux cercles encore quelques taches de même couleur dont le diamètre mesurait deux à trois centimètres et qui se terminaient par des bords de teinte plus effacée. Toutes ces taches et ces cercles se trouvaient au niveau de la peau saine ambiante et ne laissaient apercevoir aucune trace d'infiltration et de dureté syphilitiques. La pression du doigt les faisait disparaître et ne laissait qu'une pigmentation légèrement jaune de la peau. Ces accidents n'étaient accompagnés comme les syphilides simples d'aucunes manifestations subjectives.

Pendant les premières semaines, rien ne changea à cet état de choses. Quelques cercles seulement apparurent sur les deux jambes en présentant les mêmes caractères.

Le malade qui comptait obtenir de moi l'autorisation de se marier fut désespéré à l'apparition de ces accidents, surtout lorsque je me fus convaincu que les médicaments antisyphilitiques locaux ordinaires n'avaient aucun effet sur les taches et les cercles.

J'ajouterai que ces accidents ne disparurent qu'après de longs mois pendant lesquels un nouveau traitement antisyphilitique énergique fut employé. Souvent, en effet, les efflorescences déjà presque entièrement disparues revenaient par le froid lorsque le malade se déshabillait.

Je remarquai ensuite plus tard, qu'après un bon état de santé ayant duré une longue période d'un an et demi, des taches semblables apparurent encore une fois sur le corps du même malade, mais en plus petit nombre, et sur le ventre. Il ne m'a plus été possible de constater la disparition de ces derniers accidents.

Voici quels sont les points qui ont été pour moi les plus importants dans l'examen de cette affection au point de vue clinique.

1° L'apparition de taches roséoliques *dans la dernière partie de la période secondaire de la syphilis.*

2° *L'insistance à se maintenir au même point*, bien que la forme circulaire fût presque toujours nettement dessinée. *Nulle part, je n'ai pu constater la moindre tendance à l'extension. La partie libre du centre a gardé la même surface du commencement à la fin.*

3° *L'effet entièrement nul* produit sur cette affection d'apparence légère *par les médicaments externes et internes antisyphilitiques.*

4° L'augmentation ou la diminution de l'érythème, tantôt spontanée, tantôt produite par le froid ou un frottement.

Ces phénomènes ne se remarquent pas pour les syphilomes substantiels de la peau.

Il me semblait extraordinaire à cette époque de voir le silence complet des meilleurs ouvrages sur ces curieuses taches syphilitiques.

Durant les deux années suivantes, j'eus encore deux fois l'occasion d'observer la même affection ; dans le premier cas, je remarquai des taches et des cercles apparaissant sur une grande étendue dans le dos, les fesses, sur les cuisses et toujours avec la même symétrie. Dans le troisième cas, je remarquai un autre accident qui se rattacha aux phénomènes déjà connus de l'exanthème. Quelques cercles, subsistant plus longtemps, se changèrent sous mes yeux en cercles papuleux d'une couleur lie de vin et d'une consistance plus dure. Cette métamorphose se produisit sans que les cercles eussent changé le moins du monde leur

emplacement. Ils prirent simplement naissance un peu au-dessus du niveau de la peau environnante et prirent une couleur plus foncée : le doigt constatait par un contact léger un notable accroissement dans la consistance et il subsistait une pigmentation un peu plus forte.

Dans le cours des deux dernières années enfin, je remarquai la simultanéité de cette syphilide extraordinaire, je devrais dire « *anachronique* », avec les syphilides pigmentaires affectant la forme de cercles et de taches. Dans l'un des cas, les cercles papuleux qui couvraient l'avant-bras d'un jeune homme firent place à des cercles pigmentés de forme identique et de fort longue durée. Le malade était brun, et non blond comme les sujets précédents. Dans un autre cas, chez une femme brune, se montrèrent, sur les bras, des cercles et des taches pigmentées, de forme absolument semblable, en même temps qu'une *syphilide pigmentaire du cou*, bien typique et en forme de réseau.

J'ai fait faire une épreuve photographique de ce dernier cas. Les taches pigmentées reproduisirent sur le bras les cercles antérieurs avec tant de fidélité que, au lieu d'un double cercle avec un centre érythémateux, une rosette pigmentée apparut également.

La syphilide pigmentaire post-érythémateuse du bras et la syphilide pigmentaire primaire du cou disparurent peu à peu, simultanément dans l'espace d'un an.

Je dois donc encore joindre aux remarques cliniques précédentes les deux faits suivants :

5° Les cercles et les taches syphilitiques de la période secondaire tardive se changent quelquefois en une syphilide papuleuse qui présente les mêmes caractères cliniques : *maintien au même emplacement*, durée prolongée et influence nulle qu'ont sur elle les moyens antisyphilitiques ordinaires.

6° *Les cercles et les taches syphilitiques érythémateux et papuleux* de la fin de la deuxième période laissent quelquefois subsister de fortes pigmentations identiques, en forme de taches et de cercles qui, dans quelques cas, peuvent être *accompagnées* chez le même individu et à la même époque de la *syphilide pigmentaire habituelle annulaire.*

Si, il y a deux ans, les circonstances dans lesquelles apparut cet exanthème si différent des syphilides communes de la fin de la deuxième période et du commencement de la troisième me semblaient énigmatiques, je dois dire pour mon excuse que les autres syphiligraphes n'étaient pas plus avancés que moi.

Comme je l'ai écrit dans mes « Pariser Briefen », le Pr Fournier m'avait dit, au printemps de 1888, qu'il n'avait pu jusque-là observer que trois cas analogues. Depuis, le même auteur distingué a présenté un

cas de ce genre à la Société des médecins de l'hôpital Saint-Louis sous le nom de « *roséole tardive* ».

Je crois avoir découvert dans le petit Manuel de la syphilis de Hutchinson quelques cas se rapportant à celui en question.

Dernièrement, j'appris en causant avec le professeur Bergh, que ces accidents s'étaient présentés à lui assez souvent. Néanmoins, je n'ai pu recueillir nulle part une explication satisfaisante sur la nature et les propriétés de cet exanthème anachronique.

Je crois pourtant avoir découvert depuis un éclaircissement suffisant à ce sujet par l'examen clinique et histologique de mes deux derniers sujets.

En effet, la simultanéité et la succession d'érythèmes en forme de cercles et de taches très chroniques et opiniâtres, d'efflorescences papuleuses de même forme et de pigmentations de même apparence existent déjà dans la pathologie de la peau, notamment dans la lèpre des nerfs (lepra nervorum).

Ce fut Cesar Boeck qui, en 1881, attira le premier mon attention au Congrès de Londres sur l'exanthème de la lèpre des nerfs, si fréquent et néanmoins si intéressant et instructif.

C'est lui qui, chacun le sait, insista pour la première fois sur l'origine vasoneurotique de cet exanthème.

En 1884, l'attention de mes collègues et la mienne fut principalement attirée en Norvège sur cette circonstance. Ce qui nous frappa le plus, Wolff le fait remarquer également dans son résumé sur notre voyage en Norvège, c'est que cet exanthème apparaît le plus souvent d'une façon inattendue sous la forme de papules apparentes, fermes comme des excroissances cellulaires produites par infiltration. Devait-on considérer de prime-abord ces cercles et ces taches papuleux comme de simples hypérémies vasoneurotiques, ou bien devait-on voir là plutôt des lépromes véritables, superficiels, de la peau?

Ainsi qu'on le sait, l'examen bactériologique a confirmé les vues de Cesar Boeck. Les taches et les cercles, étudiés souvent dans la lèpre des nerfs, n'ont jamais laissé voir de bacilles. Or, il ne s'agit, ainsi que je puis aussi le certifier, aucunement d'une pénétration des bacilles dans la peau ni d'un léprome de la surface cutanée, mais au contraire d'un léprome du tissu nerveux et par suite d'une altération dépendante, secondaire, trophique de la peau.

Comment se fait-il pourtant qu'une parésie mécanique de l'appareil vasomoteur de la peau puisse engendrer une papule consistante? Comment peut-on éclaircir et expliquer ce paradoxe? C'est au microscope qu'il appartiendra de décider sur ce point. Si vous examinez, messieurs, les différentes préparations que j'ai l'honneur de vous présenter,

vous serez avec moi d'avis qu'il s'agit ici d'une affection toute particulière qui s'accorde autant qu'on peut le désirer, avec les propriétés cliniques des taches et des cercles de la lèpre (1). Il n'y a là aucune émigration des globules blancs du sang, aucune infiltration de cellules migratrices dans l'épithélium. Au lieu de cela, nous remarquons au commencement une dilatation des vaisseaux de la peau et une augmentation des cellules fusiformes de la tunique adventice. C'est à ce moment que la peau se transforme et se présente au point de vue clinique sous la forme d'un érythème. En suivant le cours de la maladie, les vaisseaux apparaissent encore plus hyperplastiques ; ils représentent des cordons épais, composés presque exclusivement de cellules fusiformes et leur lumière est large, le tout se détache nettement de la partie saine de la peau; à ce point, l'érythème commence à devenir papuleux.

Enfin, au point culminant de la maladie, l'hyperplasie envahit le tissu qui entoure les vaisseaux surtout dans les corps papillaires, et bientôt tous les éléments du derme sont envahis par l'hyperplasie sans aucun phénomène d'inflammation antérieure.

Ce que nous remarquons du caractère papuleux pour ainsi dire d'infiltration dans les cercles et les taches de la lèpre des nerfs, ce que nous considérons d'ordinaire dans la plupart des dermatoses comme le résultat d'un phénomène d'inflammation, est dans le cas présent une véritable hypertrophie de la peau d'un caractère cellulaire non fibreux persistant : c'est tout simplement le résultat d'une exagération prolongée de nutrition. Dans les vaisseaux nutritifs, le sang coule plus vite, de sorte que la matière totale des tissus de la peau augmente peu à peu. Puis les vaisseaux deviennent hyperplastiques, et l'hyperplasie cellulaire s'étend graduellement dans le tissu cutané. La peau s'épaissit, devient plus rude et garde en même temps le caractère de la circulation parétique.

Je ne crois pas, messieurs, que jusqu'ici le rapport entre une affection des nerfs et un trouble trophique de la peau soit démontré d'une manière aussi simple et compréhensible; mais notre opinion est qu'un grand nombre d'affections trophiques de la peau seront traduites par l'histologie comme les taches de la lèpre.

Les symptômes cliniques des érythèmes papuleux, l'épaississement de la peau malgré l'absence entière d'accidents inflammatoires, se trou-

(1) Je ne suis pas de l'opinion de ceux qui placent le siège de cette lèpre des nerfs exclusivement ou principalement dans l'organe central; de plus, la symétrie conservée à peu près régulièrement dans ces affections n'est pas non plus pour moi une preuve concluante. En effet, une paralysie centrale des vasomoteurs n'entraîne jamais par elle-même la dilatation persistante des vaisseaux. Pour cela, il est nécessaire qu'il se produise une altération pathologique des ganglions vasculaires, et cela devrait être suffisant pour expliquer tous les phénomènes cliniques.

vent concorder entièrement avec les faits observés par l'histologie.

Que devons-nous penser de la figuration non moins frappante de l'*exanthème* ? Que signifie ces apparences de cercles et de taches ? En quoi cet exanthème en forme de cercles se distingue-t-il de toutes les syphilides vraiment serpigineuses, pourquoi adopte-t-il cette persistance inusitée au même endroit, cette grandeur bien déterminée de l'efflorescence?

Il est aisé aussi dans ce cas, messieurs, de fournir une réponse, et là encore l'anatomie, et la clinique se rencontrent d'une manière satisfaisante. Ici je dois, pour donner des raisons plus formelles, me reporter à l'un de mes travaux antérieurs et comme l'impression de cet ouvrage, de mes leçons sur la pathologie générale de la peau, a été indéfiniment remise, je suis, hélas! obligé de me citer moi-même. Je crois avoir démontré qu'entre les exanthèmes figurés de la peau nous avons à distinguer deux sortes bien distinctes.

Premièrement ceux qui, liés à la disposition des vaisseaux de la peau et à leurs dimensions, réfléchissent cette disposition sous des formes différentes, mais d'une manière exacte; deuxièmement, ceux (et ce sont les plus nombreux) qui, sans avoir aucun rapport avec cet arrangement fixe des vaisseaux dont nous avons parlé, commencent dans n'importe quel point du système de circulation et se développent de là ensuite d'une manière concentrique illimitée.

On peut nommer la première petite classe celle des exanthèmes neurotiques, et la seconde classe plus étendue celle des exanthèmes emboliques ou infectieux. Les lépromes de la peau (lepra tuberosa) appartiennent au second groupe, et les exanthèmes accompagnant les lépromes des nerfs (lepra maculosa) au premier groupe. Dans aucun cas autant que dans la lèpre avec ses multitudes de bacilles, nous n'avons d'éléments aussi parfaits pour étudier les rapports et l'étiologie des deux groupes. Il jaillit de là des points lumineux qui doivent nous éclairer sur une grande partie de la pathologie de la peau.

J'ai démontré que, pour bien comprendre les exanthèmes du premier groupe, il faut considérer que les cônes vasculaires de la peau coupent la surface cutanée d'éléments ronds ou ovales de la grosseur d'une lentille environ; que ces éléments ronds ne se touchent pas également de tous les côtés comme une mosaïque, mais laissent entre eux des espaces carrés ou triangulaires de plus ou moins grande superficie qui ne sont pas pourvus d'une affluence et d'un écoulement direct de sang, mais sont remplis seulement et continuellement par des vaisseaux capillaires *collatéraux*.

Or, je distingue entièrement ces éléments superficiels de la circulation de la peau qui sont alimentés directement par le sang et le « *réseau*

collatéral » qui les entoure de tous côtés. Dans la plupart des érythèmes, on ne remarque jamais cette discontinuité dans la circulation superficielle de la peau. Dans quelques cas pourtant, à ceux-là appartiennent toutes les angionévroses, cette discontinuité primordiale forme la base de la particularité de l'affection, par exemple dans la roséole annulaire produite par le froid, dans l'exanthème du choléra, dans l'urticaire.

Pour comprendre la marche spéciale des léprides nerveuses, on doit considérer : 1° que l'élément superficiel seul ou le réseau collatéral peuvent devenir malades, que les deux parties peuvent aussi être lésées simultanément, et c'est alors qu'apparaissent des taches et des cercles de forme et de grandeur déterminées ; 2° que non seulement quelques éléments et le réseau collatéral entourant ces groupes peuvent être atteints surtout lorsque la lèpre des nerfs des vaisseaux a lésé une branche plus grande d'un vaisseau de la peau. C'est alors que les taches et les centres des cercles peuvent atteindre la grandeur d'un franc, d'une pièce de cinq francs, de la paume de la main.

Souvent des portions du réseau collatéral sont seulement paralysées et forment à la périphérie des centres libres ressemblant à des pétales de fleurs.

Enfin, au centre des taches, quelques éléments superficiels ou bien des parties du réseau collatéral peuvent être lésés à part et présentent une forme de rosette, mais toujours la grandeur et la forme de ces manifestations sont réglées et immuables ; une extension serpigineuse progressive ne survient jamais. Un centre nerveux voisin vient-il à être atteint par la lèpre, il se forme aussitôt un cercle prochain, confluent avec l'antérieur et ainsi se développent des figurations gyriformes géographiques ; mais jamais cela n'arrive à une véritable serpiginosité.

A ce sujet, je suis en contradiction légère avec mon ami Leloir. Dans son ouvrage classique sur la lèpre, je trouve, en plusieurs endroits, l'indication d'une faculté d'extension de cet exanthème dans la lèpre des nerfs.

Autant que mes plus modestes observations me permettent d'en juger, je ne puis accepter ces assertions. J'ai en ce moment dans ma clinique trois cas de lèpre presque absolument pure des nerfs : l'un d'eux avec des exanthèmes érythémateux (c'est un Européen de l'Amérique du Sud), le second avec des taches mi-partie érythémateuses, mi-partie pigmentées d'emblée. Ce dernier est originaire de l'Amérique du Sud. (Je suis dans ce diagnostic la division très utile de Leloir.) Il est absolument certain, après les affirmations de ces trois sujets, que les taches et les cercles chez eux ne se sont jamais agrandis et n'ont varié en aucune façon dans leur forme, et moi-même je n'ai rien trouvé de semblable dans ces cas et

dans d'autres. Seule, la zone qui borde les cercles parait pouvoir un peu s'agrandir pendant que leurs limites sont effacées.

Pourtant nous ignorons encore absolument pourquoi tantôt le réseau collatéral seul, tantôt l'appareil entier de circulation devient parétique, pourquoi dans un endroit apparaissent des taches, dans un autre des cercles.

A ce sujet, on doit tout d'abord admettre que lorsqu'il s'agit de petits nodules des nerfs vasomoteurs atteints de lèpre, les extrémités périphériques des nerfs souffrent les premières. On pourrait appuyer cette théorie sur le fait que, ainsi que tout le monde le sait, beaucoup de surfaces atteintes par l'érythème lépreux se transforment peu à peu en cercles par l'éclaircissement de la partie centrale, c'est-à-dire que l'atrophie des lépromes des nerfs correspond à l'amélioration de la partie centrale de l'arbre vasculaire.

A cette démonstration que j'ai déjà trop prolongée à cause de la nouveauté du fait, je veux enfin ajouter quelques brèves remarques sur les symptômes de la pigmentation dans les neuro-léprides.

Puisque la formation du pigment de la peau est encore fort obscure pour nous, je voudrais seulement vous démontrer que les taches de la lèpre des nerfs, mieux que beaucoup d'autres pigmentations, prouvent combien est étroit le rapport du pigment avec le système vasculaire de la peau.

Dans les cas où la pigmentation suit l'érythème, le siège de l'anesthésie ne correspond pas souvent à celui de l'érythème; mais la pigmentation se produit alors précisément en suivant les contours de l'érythème antérieur ou de celui qui subsiste encore. Nous remarquons alors de grandes taches qui correspondent à plusieurs éléments superficiels avec le réseau collatéral ou bien de plus petites qui ne correspondent qu'aux premières; nous voyons des cercles pigmentés simples ou multiples, ou bien seulement des portions de cercles qui représentent des portions du réseau collatéral, tandis que les éléments superficiels ne dénotent aucune hyperchromasie, mais l'achromasie. Nous trouvons enfin, dans quelques cas plus rares, justement les éléments superficiels pigmentés et encadrés par un cercle blanc libre ou à peu près libre de toute pigmentation qui correspond au réseau collatéral environnant.

Il me fallait, Messieurs, insister aussi longuement sur l'exanthème dans la lèpre des nerfs pour rendre plausibles les conclusions que je désire tirer au sujet de la syphilide qui nous occupe. Revenons donc en arrière à notre syphilide anachronique.

Il existe trois groupes de phénomènes qui forment dans leur réunion

la base complète d'une entité pathologique. Ce sont ceux de la clinique, de l'anatomie, et de l'étiologie.

Au sujet des neuro-léprides, nous sommes déjà en possession de données suffisantes sur les trois groupes pour établir complètement la genèse de la maladie.

La clinique indique par la symétrie des taches, par l'étroite relation avec les éléments circulaires et par les phénomènes connexes et consécutifs des cordons nerveux sensibles, l'origine nerveuse et plus spécialement angio-nerveuse de l'affection.

L'anatomie soutient encore cette conclusion par l'exclusion de la structure particulière qui est le propre des granulomes infectieux et des lépromes véritables.

L'étiologie montre enfin la dépendance de cet exanthème de la lèpre des nerfs en découvrant ici l'absence de l'organisme spécifique de la lèpre dans la peau. Nous avons là devant nous une suite de preuves.

Malheureusement, le cas des neuro-syphilides n'est pas aussi nettement clair.

Il nous manque encore jusqu'à présent la preuve de l'existence ou de l'absence du germe syphilitique que nous recherchons comme un élément dans chaque véritable accident syphilitique, ainsi que le bacille lépreux dans chaque accident de lèpre.

Mais les deux autres groupes de phénomènes sont à ce sujet si nettement déterminés et, chose importante, si semblables aux symptômes appartenant aux neuro-léprides, que l'on en peut tirer la conclusion très vraisemblable que l'investigation histologique prouvera un jour que dans les neuro-syphilides, le germe syphilique ne se trouve pas dans les parties érythémato-papuleuses de la peau, mais bien dans leurs troncs nerveux.

Jusqu'à présent, nous devons nous en rapporter aux preuves cliniques et anatomiques. Et, en effet, d'après ce qui précède, on peut établir un parallèle précis entre les taches et les cercles de notre syphilide anachronique et les neuro-léprides que l'on connaît depuis bien longtemps tant au point de vue clinique qu'histologique.

Les deux exanthèmes, neuro-léprides et neuro-syphilides, sont entièrement indépendants des véritables embolies infectieuses de la peau (lépromes et syphilomes). Tous deux se manifestent sous la forme de roséoles ou de cercles érythémateux qui, à la longue, se changent en taches et en cercles d'érythème papuleux. Dans les léprides, ces cas se rencontrent presque toujours ; dans les syphilides, plus rarement.

Dans les grands cercles apparaissent encore, au centre, des taches érythémateuses. Les grandes taches discoïdes d'érythème papuleux peuvent,

surtout dans la lèpre, diminuer et s'effacer peu à peu au centre ou à la périphérie.

Les deux espèces d'exanthèmes se distinguent par leur persistance au même endroit. Elles correspondent avec les éléments circulatoires de la peau et font sentir la présence de ces derniers par une manifestation extérieure.

Ceci est en contradiction avec les véritables lépromes et syphilomes, qui s'étendent à l'occasion sur la surface de la peau d'une façon serpigineuse sans s'inquiéter des éléments circulatoires préexistants.

Les deux exanthèmes sont parfois privés de pigmentation, parfois se chargent de pigment avec le temps. L'excédent de pigment s'étend alors fidèlement sous la forme de taches érythémateuses; mais les deux exanthèmes peuvent aussi être remplacés par des anomalies pigmentaires, une achromasie accentuée se produisant d'emblée au centre libre de l'érythème. Dans la lèpre, cette dernière forme se rencontre le plus souvent dans les climats chauds. Les taches primaires de pigment avec des centres blancs comme la craie sont les seules formes de la lèpre dont se rapproche la description de la Bible.

Dans la syphilis, cette anomalie du pigment est connue déjà depuis longtemps à cause de sa situation limitée souvent au cou, surtout chez les femmes brunes; on a méconnu l'entière analogie de cette forme de la maladie avec les cercles pigmentés de la lèpre. Dans mon cas, les cercles érythémateux et plus tard pigmentés de la peau apparurent sur le bras en même temps que la syphilide pigmentaire d'emblée et annulaire au cou. Il était impossible de ne pas admettre une dérivation de même source, d'un syphilome quelconque du système nerveux de la peau avec les deux phénomènes. Mais, de plus, la syphilide pigmentaire du cou est dans son originalité la meilleure manifestation de cette curieuse forme d'exanthème.

Elle se présente presque toujours de prime abord comme un *réseau collatéral* pigmenté, et bien que le plus souvent cette forme ait été peu comprise jusqu'alors, elle apparaît également clairement dans les relations que nous venons de décrire.

Les deux formes d'exanthèmes sont peu soumises à l'effet des moyens spécifiques, ce qui s'explique facilement par la distance des centres spécifiquement altérés dans des parties inaccessibles du système nerveux; j'ajouterai que toutes les deux ont un cours déterminé, je dirai même opiniâtre; mais, tandis que ces exanthèmes presque inaltérés par la thérapeutique antispécifique ont une persistance qui se traduit par des mois dans la syphilis et des années dans la lèpre, il peut se produire une augmentation locale de la paralysie des vaisseaux sous l'influence de la chaleur, du froid et du frottement, et l'érythème qui commençait à dis-

paraître peut revenir par une irritation purement locale. Une telle sensibilité des vaisseaux à des causes insignifiantes locales ne se rencontre que dans les angionévroses et jamais dans les inflammations et granulomes spécifiques de la peau.

L'analogie démontrée ci-dessus de l'exanthème dans la lepra nervorum (neuro-lépride) avec les taches et les cercles érythémateux et pigmentés de la période secondaire tardive, et de la troisième période de la syphilis en y ajoutant la syphilide pigmentaire (neuro-syphilide), trouve maintenant une importante confirmation dans l'analogie complète des faits histologiques, observés dans les deux séries.

Il s'agit donc ici, ainsi que vous pourrez vous en convaincre par l'examen des préparations exposées, non pas d'une inflammation ordinaire de la peau, mais d'un trouble progressif de la nutrition d'abord des vaisseaux de la peau, puis des parties avoisinantes du tissu cutané et surtout du corps papillaire.

La structure normale fibreuse des vaisseaux et de la peau adjacente se transforme en un tissu riche en cellules fusiformes, grandes et durables. On ne trouve pas de karyokinèse à cause de la longue chronicité des phénomènes.

Enfin, dans la variété papuleuse de neuro-syphilide, toutes les parties de la peau, et surtout le corps papillaire, montrent un tissu hypertrophique très riche en cellules fusiformes. A cause de ce parallèle complet des symptômes cliniques et de l'anatomie, je n'hésite pas à séparer notre syphilide anachronique dans toutes ses formes avec la syphilis pigmentaire, des autres syphilides et à en faire un groupe à part sous le nom de *neuro-syphilides*.

Ce groupe se distingue des autres véritables syphilomes comme l'exanthème dans la « lepra nervorum » se distingue des véritables lépromes de la peau.

Le schéma suivant fera ressortir davantage ce parallèle.

Lèpre.

I. *de la peau :* Lépromes de la peau.

II. *des nerfs :* Neuro-léprides, lépromes, des nerfs de la peau.
   a) érythémateux.
   b) érythémato-papuleux.
   c) érythémato-pigmentés.
   d) pigmentés d'emblée.

Syphilis.

I. *de la peau :* Syphilides, syphilomes de la peau, roséole simple, papules, tubercules, gommes.

II. *des nerfs :* Neuro-syphilides, syphilomes des nerfs de la peau.
   a) érythémateux.
   b) érythémato-papuleux.
   c) érythémato-pigmentés.
   d) pigmentés d'emblée.
   (syphilides pigmentaires).

DISCUSSION

M. C. Boeck : M. Unna m'a fait l'honneur de me mentionner à l'occasion de ses réflexions si intéressantes et si ingénieuses, qu'il vient de nous communiquer sur ses neuro-syphilides et neuro-léprides. C'est vrai que j'ai insisté sur l'origine vasoneurotique des taches rouges dans la lèpre anesthésique; mais mon mérite est néanmoins ici de très peu d'importance. Mais je veux vous rappeler que le vieux *Daniellsen* a fait des recherches anatomiques très intéressantes, il y a presque trente années, justement sur ces nerfs cutanés, qui se répandent dans les taches lépreuses, dont il est ici question. C'est dans son trop peu connu « Traité de la forme anesthésique de la Spedalskhed », paru en 1863, qu'il a publié ces recherches. Voici comment il s'exprime : « Dans le tissu adipeux de la peau, on voyait quelques ramifications fines des nerfs, qui se répandaient dans la peau occupée par des taches, *présenter une teinte d'un rose faible à la surface extérieure du névrilemme*, et en y appliquant une loupe très forte, cette rougeur se montrait formée d'une grande réunion de vaisseaux sanguins. A la surface intérieure du névrilemme, il n'y avait pas de rougeur, pas plus que sur les filaments des nerfs, qu'il renfermait. Plus tard, lorsque les taches affaissées, après avoir perdu leur couleur intense, étaient devenues pâles et presque insensibles, on voyait les ramifications fines des nerfs, qui se répandent dans le tissu adipeux de la peau, *considérablement tuméfiées sur une étendue de plusieurs lignes jusqu'à une couple de pouces*, et à leur surface extérieure, elles étaient devenues d'un rouge brun. La même teinte se retrouvait à la surface intérieure du névrilemme un peu épaissi, tandis que les fascicules des nerfs étaient seulement roses et peu gonflées. Lorsque les taches ont été tout à fait blanches et la sensibilité de la peau complètement éteinte, les ramifications fines des nerfs, fortement gonflées sur de grandes étendues, ont une couleur brune, qui en traverse toute l'épaisseur. » Le résultat de ces recherches, si exactes relativement au temps où elles furent faites, me semble être d'une grande importance pour le sujet, dont nous a entretenu M. Unna. — En outre, je veux mentionner un fait, qui me semble d'une certaine manière pouvoir appuyer les opinions de Unna dans ces matières-là, et c'est que dans une maladie, qui est très vraisemblablement d'origine vasomotrice, l'urticaire persistante vraie de Willan et Bateman, j'ai fait, quant à l'histologie, tout à fait les mêmes expériences qu'a faites Unna pour ses neuro-syphilides et neuro-léprides, c'est-à-dire, j'ai trouvé très peu de leucocytes, mais au contraire des grands foyers dans le chorion, constitués par des cellules épithélioïdes du tissu connectif et aussi des cellules endothéliales proliférantes des vaisseaux. En passant, je peux aussi mentionner que dans cette urticaire per-

sistante on a trouvé des grands amas de « Mastzellen » comme MM. Unna et Paul Raymond les ont trouvés dans l'urticaire pigmentée.

M. Leloir : Je félicite beaucoup M. Unna de sa communication et j'en suis d'autant plus heureux qu'elle confirme les recherches antérieures que j'ai publiées en 1886 dans mon *Traité de la lèpre* sur les altérations nerveuses périphériques dans cette affection.

Comme M. Unna, j'ai vu, dans certains cas, certaines variétés de syphilides érythémateuses annulaires tardives simuler absolument certaines variétés des macules de lèpre que j'ai décrites dans mon groupe des *macules érythémateuses circinées.*

Dans un cas, où cette éruption annulaire était survenue chez un sujet syphilitique, mais ayant habité longtemps des pays où la lèpre règne d'une façon endémique, le diagnostic demeura longtemps hésitant, et ce n'est qu'au bout de quelques années que je pus arriver à poser le diagnostic de syphilide érythémateuse anormale.

J'ai eu, ultérieurement, l'occasion d'observer plusieurs cas de ces lésions érythémateuses survenues chez des sujets syphilitiques, mais n'ayant jamais quitté les pays français, où la lèpre n'existe pas.

Cela démontre une fois de plus, ainsi que je l'ai écrit, que, dans certains cas, le diagnostic est fort difficile entre les macules lépreuses érythémateuses et certaines variétés de syphilides annulaires anormales.

IV. Sur une nouvelle forme de dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique,

par M. le Dr H. Hallopeau.

Nous avons observé l'an passé une dermatite à caractères très insolites sur laquelle M. Unna a appelé l'attention dans ses lettres de Paris; les moulages qui la représentent ne ressemblent à aucune autre pièce de notre musée; aucune description antérieure ne s'y rapporte. Elle nous paraît appartenir à un type morbide non encore décrit.

Voici l'histoire de notre malade :

L..., bijoutière, âgée de quarante-neuf ans, entre, le 21 février 1888, au n° 2 de la salle Lugol.

Antécédents. Elle s'est bien portée jusqu'à ces dernières années. Elle a eu, à trente et à trente et un ans, des enfants bien portants. Veuve depuis trois ans et demi, elle assure que les derniers rapports sexuels remontent à quatre ans; un peu auparavant, elle aurait eu à plusieurs reprises des éruptions vulvaires.

En juin 1886, elle a été atteinte d'un rhumatisme articulaire qui, après avoir envahi la plupart des jointures, est resté pendant deux mois localisé au coude gauche.

Elle entre, le 10 septembre de la même année, dans le service de M. Quinquaud, salle Biett, atteinte d'une éruption dont le début remonte à trois semaines. La malade assure qu'elle était constituée, comme celle d'aujourd'hui, par de petites pustules réunies en groupe et donnant lieu à de vives démangeaisons.

Dans une note que M. Moulonguet, interne du service, a bien voulu nous communiquer, nous voyons signalées, à la paume de la main gauche, de nombreuses vésicules et pustules, qui se recouvrent de croûtelles et ont, comme celles que nous avons actuellement sous les yeux, le volume d'un grain de millet.

Sur le dos de la même main, au niveau des quatrième et cinquième articulations métacarpo-phalangiennes et de la commissure des troisième et quatrième doigts, se voient deux vastes ulcérations (?), réunies par un isthme au niveau de la quatrième articulation métacarpo-phalangienne, suintantes, non douloureuses, non déprimées, elles sont séparées de la peau saine, par un sillon autour duquel l'épiderme paraît soulevé.

Des ulcérations (?) analogues occupent les faces dorsale et latérale de la troisième phalange du cinquième doigt, la face latérale de la deuxième phalange du troisième doigt, et la commissure intermédiaire aux deux premières; sur la face interne du haut des cuisses et sur les grandes lèvres, se trouvent des saillies papuleuses agglomérées dont l'aspect rappelle celui des syphilides papulo-tuberculeuses.

Derrière la nuque, on voit une plaque formée de papules conglomérées qui desquament légèrement.

Conformément aux assertions de la malade, l'éruption paraît avoir eu, à cette époque, les mêmes caractères et les mêmes localisations qu'aujourd'hui.

Dès lors, on signale une altération singulière de la langue : sa face dorsale et ses bords, creusés de nombreux sillons, ont un aspect villeux qui rappelle celui de la muqueuse intestinale en même temps que les parties limitées par les sillons ont un aspect analogue à celui des circonvolutions cérébrales.

Sur la partie interne de la joue gauche, on note une saillie grisâtre et plissée. Le 25 septembre, les ulcérations de la main gauche se sont agrandies; une vaste ulcération recouvre actuellement toutes les articulations métacarpo-phalangiennes et se prolonge sur le dos de la main ainsi que sur les doigts.

Au troisième doigt, l'ulcération latérale de la deuxième phalange a envahi toute la face dorsale et postéro-latérale de la troisième phalange et le pourtour de l'ongle. Sur la face palmaire des doigts, on note des soulèvements épidermiques remplis de sérosité purulente d'une odeur *sui generis*. La surface des ulcérations est remarquable par leur aspect mamelonné et leur coloration d'un gris sale; les boutons vulvaires ont grossi. A partir du 27 septembre, la malade prend deux pilules de proto-iodure d'hydrargyre et deux grammes d'iodure de potassium. On applique sur les mains un emplâtre de Vigo.

Le 2 octobre, l'ulcération de la main continue à s'étendre. Elle est maintenant traitée par l'iodoforme.

20 octobre. — La plaie a une odeur infecte. Elle occupe presque tout le dos de la main et des doigts, ainsi que la face palmaire des doigts, sans solution de

continuité ; ses bords sont toujours soulevés par de la sérosité purulente. Le pansement à l'iodoforme est renouvelé tous les quatre jours.

Le 4 novembre, l'état de la main est très amélioré, surtout sur la face dorsale; la peau est redevenue saine dans toute la partie centrale de l'ulcération; celle-ci ne persiste qu'en haut et en bas, c'est-à-dire sur la partie supérieure du dos de la main et sur la face dorsale des doigts; il y a là deux zones dont le diamètre vertical atteint de 3 à 4 centimètres ; leurs dimensions transversales n'ont pas diminué. Sur la face palmaire, un épiderme mince, rose et luisant, a reparu par places, mais il est soulevé en plusieurs points par de petites saillies coniques à sommet purulent. La malade sort le 7 novembre.

En comparant cette description à celle que nous donnons plus loin de l'état actuel, on reconnaît qu'il s'agit certainement d'éruptions très analogues et de même nature, avec cette différence essentielle que nous n'avons jamais constaté de véritables ulcérations; nous avons tendance à croire que les lésions qualifiées ainsi dans la première période n'ont été que de simples soulèvements épidermiques; elles n'ont laissé aucune cicatrice. Au bout de deux mois, la malade assure qu'elle n'avait plus aucun bouton ni aucune ulcération. Au printemps de l'année suivante (1887), une suppuration s'établit à l'extrémité de l'index droit et amène la chute de sa première phalange. En juin, l'éruption reparaît à la vulve et à la nuque : elle débute par des boutons qui s'étendent progressivement ; des lésions analogues se manifestant au cuir chevelu et aux lèvres; la plaque du cou atteint des proportions considérables. La malade rentre dans le service de M. Quinquaud : elle y est traitée, à l'intérieur, par l'iodure de potassium, dont elle prend chaque jour 4 grammes, localement par des douches de vapeur, et l'application d'iodoforme et d'emplâtre diachylon. Elle assure que sa guérison était presque complète au bout de deux mois; cependant les lèvres restent malades.

En janvier 1888, apparaissent de nouveau, à la nuque, des boutons qui grossissent, s'indurent, s'ulcèrent, se recouvrent de croûtes, s'étendent progressivement et forment bientôt une plaque très étendue. Des lésions analogues se produisent au cuir chevelu et à la vulve.

État actuel. L... est grande et bien constituée ; sa santé générale a relativement peu souffert; cependant son teint est pâle, et elle dit avoir maigri dans ces derniers temps.

Elle porte à la *nuque* une grande plaque éruptive qui, en haut, commence au-dessous de la protubérance occipitale, et, inférieurement, descend jusqu'à l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre cervicale, mesurant ainsi 7 centimètres dans son diamètre vertical, alors que transversalement elle atteint 10 centimètres; limitée par un rebord nettement polycyclique, elle présente à sa surface un grand nombre d'élevures, dont les dimensions varient de celles d'un grain de millet à celles d'un pois; sur un certain nombre d'entre elles, on voit, au centre, une tache d'un blanc jaunâtre qui correspond à un petit foyer de suppuration; il est facile de s'en convaincre par la piqûre. Ces pustulettes sont disposées en groupes irrégulièrement circulaires; les parties de la plaque qui ne sont plus en suppuration sont colorées en brun, sillonnées de stries peu profondes et parsemées de fines croûtelles jaunâtres. Sa consistance est plus ferme que celle des téguments voisins et, en y promenant le doigt, on y trouve un grand nombre de saillies dures et mamelonnées. En dehors de son angle inférieur gauche, on voit une saillie papulo-tuber-

culeuse : l'évolution ultérieure de la maladie a montré qu'il s'agissait là d'un petit foyer de suppuration; c'est ainsi, d'une manière invariable, que progressent les lésions chez cette malade. Celles de la nuque ont débuté, d'après les renseignements qu'elle nous a fournis, par un bouton sur la partie postéro-latérale droite de la région. Il y a un prurit intense.

Sur le *cuir chevelu*, se trouvent disséminées plusieurs plaques de petites dimensions formées de vésico-pustules reposant sur une base indurée et de saillies recouvertes ou non de croûtelles qui représentent ces éléments après évacuation du pus. Les cheveux commencent à se raréfier par place.

Les *lèvres* sont exulcérées dans la plus grande partie de leurs bords libres; on y voit un grand nombre de fissures verticales; les parties excoriées sont recouvertes de croûtes brunâtres; les lésions sont plus prononcées à la lèvre inférieure. La *commissure gauche* est creusée d'une rhagade plus profonde : il s'en détache, à la face interne de la *joue*, une plaque qui se dirige d'avant en arrière sur une largeur de 3 1/2 centimètres, alors qu'elle mesure verticalement 1 1/2 centimètre; sa surface est bourgeonnante, mamelonnée, creusée de sillons; un examen attentif y fait reconnaître la présence d'un grand nombre de points jaunes qui sont de petites pustules, et de dépressions qui représentent ces mêmes pustules ouvertes.

Sur la partie la plus élevée de la *voûte palatine*, existe un groupe de dépressions au niveau desquelles la muqueuse semble exulcérée; ce groupe est circulaire et entouré d'une zone inflammatoire; on y voit des points jaunâtres dont la piqûre donne issue à du pus. *Ces lésions buccales paraissent de même nature que les lésions cutanées.* Plus en arrière, on voit un groupe de saillies mamelonnées et bourgeonnantes, séparées par des sillons; elles sont d'apparence cicatricielle. La *langue* est très altérée : sa face dorsale est creusée en tous sens de sillons plus ou moins profonds qui la divisent en mamelons isolés que surmontent des granulations, et par places de fines végétations; deux de ces sillons atteignent 8 millimètres de profondeur; dirigés d'arrière en avant, ils se réunissent au voisinage de la pointe. Le bord droit est creusé d'une dépression cicatricielle. La malade ne peut fournir aucune indication relativement au mode de développement de ces lésions non plus qu'à l'époque où elles se sont produites.

Sur le tronc, on remarque quelques taches brunes, des plaques de vitiligo à la ceinture et quelques saillies papuleuses qui, comme nous le verrons, représentent, selon toute vraisemblance, des foyers de suppuration restés isolés et éteints.

Une grande plaque occupe la vulve, remonte au-dessus du pubis, empiète de chaque côté sur la face interne des cuisses et des fesses, jusqu'à 8 *centimètres en dehors des grandes lèvres et s'étend en arrière à* 5 *centimètres au delà de l'anus;* les grandes lèvres et la partie voisine des cuisses sont considérablement tuméfiées, les téguments y forment des bourrelets que séparent des sillons profonds.

Ces parties sont légèrement indurées; elles offrent une coloration rouge sombre ou pâle, sur laquelle tranchent de nombreuses taches blanches; celles-ci représentent des pustules miliaires, reposant sur une base saillante et le plus souvent agminées en foyers circulaires. Ces pustules occupent surtout le bord libre des grandes lèvres et la périphérie de la lésion dont elles forment la limite, soit qu'elles soient encore en évolution, soit qu'elles aient fait place à des croûtes. Les foyers qu'elles constituent sont généralement arrondis; leurs dimensions

varient de celles d'une lentille à celles d'une pièce de 50 centimes; souvent ils ne sont représentés par des pustules qu'à leur périphérie, leur partie centrale est rouge et recouverte de son épiderme ou croûteuse. Au-dessous du pubis, le bord nettement dessiné de la plaque est formé par des croûtes brunâtres analogues à celles de l'impétigo; elles forment une ligne courbe à convexité inférieure. Plus bas, au niveau des cuisses et au pourtour de l'anus, le rebord formé par l'union des plaques conglomérées est polycyclique. Les parties comprises dans l'aire ainsi circonscrite sont d'un rouge sombre sur lequel se dessinent de nombreux éléments pustuleux; elles sont le siège d'un *prurit* intense.

Les ganglions inguinaux sont légèrement tuméfiés.

Les jours suivants, de nouvelles pustules se produisent au pourtour des lésions anciennes et nous pouvons reconnaître quelle en est *l'évolution. Le phénomène initial est constamment l'apparition d'une vésico-pustule du volume d'un grain de millet; le liquide qu'elle renferme est d'emblée très louche et devient très rapidement tout à fait purulent; bientôt une petite aréole rouge se manifeste autour de la vésicule et souvent le derme s'indure un peu à son niveau. Puis des éléments semblables se forment autour de la pustulette initiale et ainsi se trouve constituée, par progression excentrique, une plaque dont les dimensions s'accroissent graduellement; cependant les pustules initiales s'ouvrent et font place d'abord à des croûtes généralement peu épaisses; lorsque celles-ci tombent, on ne voit pas d'ulcération, mais une surface d'un rouge sombre, et ridée, qu'entoure un cercle de pustulettes.*

Les plaques ainsi développées tendent elles-mêmes à s'agglomérer et finissent par former les lésions étendues que nous avons signalées à la nuque et à la vulve. Nous avons vu sous nos yeux se dérouler ces différentes phases sur les fesses, au voisinage de la plaque miliaire, et le développement de la pustulette initiale aboutir à la formation de plaques conglomérées qui ont atteint plusieurs centimètres de diamètre.

L'inflammation peut dépasser la limite du derme et nous allons voir se développer des phlegmons sous-cutanés.

Les lésions, si considérables, qui se sont développées en 1886 sur le dos de la main gauche n'ont laissé d'autres traces qu'une légère coloration brunâtre de la peau. Nous ne constatons aucun signe d'affection viscérale.

Quelle maladie avons-nous sous les yeux?

Notre première impression, en raison surtout de l'état de la langue, est qu'il s'agit d'une manifestation anormale de la syphilis, et deux maîtres en syphiligraphie, auxquels nous montrons la malade, formulent le même diagnostic. En conséquence, nous prescrivons l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes, deux cuillerées à soupe de sirop de Gibert, bientôt remplacées par des frictions quotidiennes avec 6 grammes d'onguent napolitain, et en même temps l'application constante sur les parties malades de compresses imprégnées d'une solution de sublimé à 1/5000e.

6 *mars*. — Une pustule du volume d'une lentille s'est développée depuis deux jours dans l'aine droite; elle est entourée d'une desquamation en collerette et repose sur une base indurée.

Nous notons en même temps la présence dans l'aisselle droite d'un nodule du volume d'un haricot; sa couleur est rouge; on voit une pustulette dans sa partie centrale, la malade assure qu'il a débuté il y a cinq jours.

Un soulèvement purulent de l'épiderme s'est manifesté au niveau de la commissure qui unit l'index et le médius de la main gauche.

9 *mars*. — De nouvelles pustules se sont produites sur les plaques de la nuque et autour de la vulve. Plusieurs d'entre elles semblent répondre à des follicules pilaires.

La plaque interdigitale de la main gauche présente des croûtes à sa périphérie; on voit une pustulette sur le dos de la première phalange d'un des doigts; la malade assure que l'ulcération interdigitale a débuté ainsi.

12 *mars*. — On note une pustule au niveau de l'épaule droite, sept ou huit pustules sur la fesse gauche; l'une d'elles repose sur une base indurée rouge, douloureuse, enflammée.

14 *mars*. — Des pustules se développent autour de cette dernière.

16 *mars*. — La plaque de la nuque présente une notable amélioration dans son quart inférieur. Elle n'est plus, dans cette partie, limitée que par un rebord légèrement saillant; elle ne diffère plus guère des parties saines que par sa coloration très brune : on y voit cependant encore, par places, quelques pustules, généralement groupées en cercles.

A la vulve, il y a moins d'éléments pustuleux; ils ne se voient plus guère que sur le bord libre des grandes lèvres et à la périphérie de la plaque; ici, ils sont réunis en groupes circulaires, reposent sur une base indurée et forment par leur union un bourrelet saillant. Dans tous les points où il n'y a plus de lésions en activité, les téguments offrent une teinte sombre, d'un brun noirâtre.

23 *mars*. — La lésion située entre l'annulaire et le médius s'est étendue. On y distingue un large soulèvement épidermique entouré de pustules isolées. Celles-ci sont plus récentes; c'est par elles que la lésion se développe excentriquement. Au centre, le pus s'est concrété en croûtes jaunâtres, semblables à celles de l'impétigo. L'altération s'étend sur la face interne du médius et sur la face externe et postérieure de l'annulaire dans une hauteur d'environ 1 1/2 centimètre.

27 *mars*. — Des pustules du volume d'un grain de chènevis, conglomérées en une plaque et reposant sur une base indurée et tuméfiée, se sont développées sur la fesse gauche. A côté, se trouvent des lésions plus étendues, cinq nodosités dont le volume varie entre celui d'une noisette et celui d'un œuf; elles semblent se confondre les unes avec les autres; leur surface est le siège d'ulcérations qui atteignent 3 millimètres de diamètre; la pression y donne issue à du pus et à de la sérosité louche.

30 *mars*. — L'éruption de l'aisselle droite présente actuellement les caractères suivants : au-dessus du pli, se trouve une plaque de forme ovalaire, limitée à la périphérie par une sorte de bourrelet que constituent une série de pustules confluentes, à base indurée. Au centre, la plaque n'est ni saillante, ni ulcérée; elle présente une coloration rouge sombre. En dehors d'elle, on voit une pustulette qui repose sur une induration. Au-dessous, existe une plaque semblable, mais de moindres dimensions. Elle est formée également par l'agglomération de pustules à base indurée, les unes remplies de pus, les autres recouvertes de croûtelles.

Plus bas, dans le creux axillaire, se trouvent deux indurations; l'une est une plaque cicatrisée, l'autre est recouverte de croûtelles.

Sous l'aisselle gauche, il n'y a que deux nodosités, grosses, l'une comme un

haricot, l'autre comme un pois. Elles intéressent l'hypoderme et portent à leur surface des pustulettes.

L'état des lèvres est notablement amélioré.

A la vulve, un certain nombre de pustules se sont desséchées.

L'ulcération de la main s'étend excentriquement par un soulèvement bulleux; le centre se cicatrise.

On suspend l'usage de l'iodure de potassium. Les frictions sont continuées.

6 *avril.* — On constate à la périphérie de la lésion ano-génitale et sur le bord libre des grandes lèvres des lésions en évolution active; ce sont des pustulettes du volume d'un grain de millet et entourées d'une aréole rouge.

Elles sont le plus souvent disposées circulairement, limitant des plaques saillantes du volume d'un grain de chènevis à celui d'un haricot; dans ce dernier cas, le centre est rouge et recouvert de son épiderme. A mesure que la plaque s'agrandit, le contour pustuleux s'éloigne et le centre tend à guérir. Sur la fesse gauche, il s'est formé une lésion étendue, à contours très nettement polycycliques. Elle est constituée par la réunion de plaques limitées à leur périphérie par des pustules tandis que leur centre est recouvert de son épiderme; la peau y est seulement épaissie, rougie, sombre et injectée; le tissu cellulaire sous-jacent est induré profondément. On voit autour de cette surface quelques pustules isolées.

En raison de la persistance et de l'aggravation des lésions, le traitement spécifique est définitivement suspendu. Les lésions sont traitées localement par l'application de compresses imprégnées d'une solution concentrée d'acide borique.

13 *avril.* — A la nuque, de nouvelles pustules se sont formées; elles sont disposées en groupes circulaires reposant sur une lésion indurée; elles occupent surtout la périphérie de la grande plaque.

Une nouvelle vésico-pustule a paru au vertex. Dans l'aisselle, la plaque a pris un aspect irrégulièrement réniforme : elle est circonscrite par un rebord saillant qui mesure environ 3 centimètres transversalement, sur 1 1/2 centimètre de haut en bas. On y sent des points fluctuants dont la pression fait sourdre un liquide séro-purulent.

A la main droite, on voit, sur la face dorsale du premier métacarpien, une plaque limitée en partie par des croûtelles jaunâtres, en partie par un soulèvement bulleux de l'épiderme; le centre n'est plus exulcéré, cependant quelques pustulettes sont encore en voie d'évolution.

A la main gauche, le centre de la grande plaque est en voie d'amélioration; sa surface est rosée, inégale, recouverte par places de croûtes jaunâtres. Le pourtour de la plaque est formé par un soulèvement bulleux de l'épiderme sur une surface d'environ 1 millimètre, il paraît formé par la confluence de pustules; plusieurs de ces éléments sont encore en évolution dans l'aire de la plaque.

A la fesse gauche, la grande plaque est améliorée, mais non guérie : ses contours sont toujours nettement polycycliques; le centre des cercles est recouvert de son épiderme, la peau y est seulement épaissie et rougie; leur périphérie est formée, soit par des pustules, soit par des croûtelles. Au voisinage, des pustulettes se sont groupées et reposent sur une base indurée.

Partout l'éruption est prurigineuse.

19 *avril.* — La plaque du cou, traitée par l'application d'iodoforme que l'on maintient à l'aide de diachylon et par des douches de vapeur, continue à

s'améliorer; ses deux cinquièmes inférieurs ne sont plus guère représentés que par une coloration brunâtre. Cependant on y voit encore deux plaques formées de vésico-pustules agminées; l'une d'elles, grande comme une pièce de vingt centimes, occupe son angle inférieur droit. Dans la partie supérieure de la plaque, la peau est épaissie; on y distingue de petites plaques confluentes, saillantes, limitées par des cercles de vésico-pustules ou de croûtes qui les représentent.

Il n'y a plus que quelques croûtelles sur la lèvre supérieure; la lèvre inférieure, de même améliorée, présente encore quelques pustulettes. Dans l'aisselle droite, la plaque inférieure s'est agrandie; elle a maintenant 2 centimètres de diamètre; les lésions y pénètrent dans l'hypoderme qui est induré. Sur le tronc, on remarque disséminées un certain nombre de vésico-pustules reposant pour la plupart sur une base rouge, saillante, acuminée. Des macules brunâtres représentent des lésions en voie de régression.

L'état de la main gauche est très amélioré, les pustules se sont desséchées, il reste une coloration érythémateuse avec épaississement de la peau et quelques croûtelles jaunâtres ou blanchâtres.

A la main droite, il y a encore à la périphérie de la plaque quelques vésico-pustules et en plusieurs points des saillies légèrement indurées. A la fesse gauche, même état de l'ancienne plaque; on remarque une aréole érythémateuse en dehors des croûtelles périphériques.

Plus en arrière, une nouvelle lésion s'est développée; c'est une plaque rouge, limitée à la périphérie par des vésico-pustules, ramollie au centre, reposant sur une infiltration considérable du derme et mesurant 7 centimètres de diamètre.

On voit en outre des pustules isolées et d'autres réunies en groupe sur les fesses, et la partie postérieure de la cuisse et de la jambe gauche. Les lésions vulvaires paraissent éteintes presque partout; la partie externe des grandes lèvres et le sillon génito-urinaire ont une coloration d'un rouge bronzé; la plaque est encore limitée par un rebord saillant, qui supporte des pustulettes et des croûtelles réunies en segments de cercle; on voit encore quelques pustules nouvelles sur le bord libre des grandes lèvres et en dehors de la plaque.

4 mai. — La plupart des plaques du cuir chevelu ont disparu en laissant place à des îlots d'alopécie incomplète; on voit encore, sur la région temporale gauche, un groupe d'élevures indurées dont quelques-unes sont surmontées de pustulettes.

Une nouvelle plaque s'est formée dans l'aisselle droite au-dessous de celles qui ont été précédemment indiquées. Les lésions des mains ne sont plus représentées que par une surface rouge surmontée de croûtelles et de quelques saillies végétant. A la fesse gauche, la grande plaque s'est presque partout affaissée; elle a cessé de suppurer; on y trouve encore quelques saillies mamelonnées; elle est recouverte dans son tiers supérieur d'une croûtelle grisâtre; ses bords sont saillants et indurés; sa coloration varie du rouge violacé au brun sombre; elle disparaît sous la pression du doigt.

La plaque située plus en arrière s'est étendue; elle s'est abcédée profondément; on y perçoit la fluctuation sur une surface grande comme une pièce de 5 francs; un orifice donne issue à un liquide séro-purulent; on voit autour des pustulettes; le tissu cellulaire est induré autour de la plaque dans une éten-

due qui égale verticalement celle des deux mains et est moitié moindre transversalement.

11 *mai.* — Les deux plaques de la fesse mesurent 10 centimètres sur 8; la plus ancienne, située en dehors, est maintenant d'un brun sombre et entourée de macules brunâtres de toutes dimensions; les téguments sont indurés à son niveau; la plaque située en dedans et en arrière est encore en pleine activité, formant une saillie notable; elle présente à sa surface de nombreuses pustulettes; la plaque inférieure de l'aisselle mesure maintenant 3 1/2 centimètres sur 1 1/2 centimètre.

15 *mai.* — Des pustulettes ont apparu il y a trois jours au-dessous du sein droit; elles sont actuellement groupées circulairement à la périphérie d'une plaque arrondie, grande comme une pièce de 1 franc, faisant une saillie d'environ 3 millimètres; on voit dans sa partie centrale des dépressions qui correspondent aux premières pustules dont le contenu s'est évacué. Tout autour, on perçoit une induration qui intéresse le tissu cellulaire sous-cutané et dépasse de 2 centimètres environ les contours de la nouvelle plaque.

25 *mai.* — La plaque de la nuque n'est plus représentée dans ses deux cinquièmes inférieurs que par une surface d'un rouge sombre; dans le reste de son étendue, des saillies mamelonnées, variant du volume d'un pois à celui d'une pièce de 1 franc et présentant pour la plupart un poil dans leur partie centrale, donnent issue à un pus épais et blanchâtre; elles s'élèvent à 1/2 centimètre au-dessus des parties affaissées; les cheveux sont très raréfiés dans cette région.

Dans l'aisselle droite, la plus élevée des saillies indurées et pigmentées porte encore des pustules en évolution. Un groupe de pustules s'est développé derrière l'épaule droite. On note à la fesse droite une plaque nouvelle formée par des pustules agminées en cercle qui reposent sur une saillie érythémateuse et une induration du tissu cellulaire sous-cutané.

La plaque de la nuque est traitée depuis huit jours par l'iodoforme recouvert de diachylon.

La vaseline additionnée de sublimé à 1/500 n'a pas amélioré l'état des lèvres; on la remplace par une pommade au salol. Nous prescrivons un collutoire boraté pour la langue.

3 *juin.* — *L'inoculation au bras du liquide provenant d'une vésico-pustule du sein donne des résultats négatifs.*

La plaque de la nuque s'est affaissée, on voit néanmoins encore à sa périphérie quelques éléments nouveaux, des pustulettes, les unes isolées, les autres réunies en groupe sur une saillie rouge et indurée; elles ont pour la plupart un poil à leur centre. On applique sur elles un emplâtre salicylé et créosoté (formule d'Unna). La plaque inférieure est presque entièrement guérie; il reste un groupe de vésicules à la partie supéro-interne de la cuisse gauche. Les lèvres, traitées par la pommade au salol et la plaque du sein traitée par l'eau boriquée sont en voie d'amélioration; une nouvelle lésion suppurative s'est produite dans le dos, au-dessous de l'épaule gauche; elle est constituée par une saillie rouge, à base indurée, donnant issue à du pus par un pertuis central autour duquel on voit des pustulettes.

Un bouton du volume d'un grain de chènevis et surmonté d'une vésico-pustule s'est développé à l'épigastre.

14 *juin.* — Une nouvelle plaque s'est produite au cuir chevelu, dans la région

pariétale droite, elle mesure déjà près de 7 centimètres de diamètre. Pansement au salol.

5 *juillet.* — La plus grande partie des boutons de la nuque se sont affaissés; quelques-uns sont encore en suppuration.

Au cuir chevelu, on voit au vertex, sur la partie gauche de l'occiput et dans la région pariétale droite, de nouvelles plaques saillantes, érythémateuses, surmontées de pustulettes et mesurant environ 1 centimètre de diamètre.

Les lèvres sont presque complètement guéries.

Le petit foyer sur le sein droit persiste. Au-dessus du pubis, un groupe de saillies mamelonnées forme un demi-cercle à concavité inférieure; la pression en fait sourdre du pus.

On applique la pommade au salol sur les plaques du cuir chevelu, l'emplâtre salicylé et créosoté sur la plaque pubienne.

3 *août.* — Sur la limite des régions pariétale et occipitale gauches, se trouvent trois plaques arrondies; la peau y est rouge et indurée; l'alopécie y est presque complète.

Les cheveux sont raréfiés au niveau de la grande plaque; elle présente une pigmentation d'un brun foncé; on note encore dans sa partie supérieure quelques saillies mamelonnées dont plusieurs sont surmontées de pustules.

Sur chacune des lèvres, il n'y a plus qu'une fissure verticale; la surface est excoriée à l'union du bord libre et de la muqueuse.

Sur la muqueuse de la joue gauche, à la hauteur de la commissure, on voit une saillie du volume d'une lentille, mamelonnée, indurée, présentant de nombreux foyers de suppuration miliaire. En arrière de celle-ci, se trouve une saillie moins prononcée, analogue, double d'étendue avec les mêmes foyers de suppuration. Derrière la commissure droite, on note une lésion semblable; elle forme une plaque allongée d'avant en arrière, mesurant 2 centimètres de long sur 1 centimètre de large, sillonnée de lésions de cicatrice. Les lésions de la voûte palatine présentent les mêmes caractères, seulement les saillies y sont confluentes. Mêmes éléments sur la langue où ils sont séparés par des sillons profonds d'un demi-centimètre et entre-croisés en tous sens.

Il y a encore, au-dessus du pubis, des noyaux indurés avec rougeur de la peau, et, en arrière de la vulve, une saillie dure, atteignant le volume d'un gros pois et présentant un pertuis d'où on peut faire sortir du pus. Au niveau des nodosités sus-pubiennes, les poils sont très raréfiés. Ces deux nodosités sont distantes de 2 centimètres et placées aux extrémités transversales d'une plaque indurée et pigmentée.

A la partie interne de la cuisse droite, à trois centimètres au-dessous de la grande lèvre, on voit une nodosité de la grosseur d'un pois; elle est surmontée de petites saillies blanchâtres (grains de millet) dont la pression fait sortir du pus. Au niveau de ces parties, la peau a une coloration brunâtre.

La malade sort le 27 août, très améliorée. Il lui reste ses plaques d'alopécie, la pigmentation des parties malades et une plaque indurée au-dessus du pubis.

Il n'y a pas de cicatrices : on constate seulement, au niveau des grandes plaques maculeuses des fesses, un épaississement avec induration du derme et du tissu sous-jacent.

Les lésions de la muqueuse buccale persistent également : l'état sillonné de

la langue est le même, et l'on voit toujours des saillies mamelonnées avec points suppurés à la face interne de chaque joue.

17 *octobre*. La malade se présente à notre consultation. Nous constatons que l'état de la muqueuse buccale ne s'est pas modifié.

De nouvelles éruptions pustuleuses ont reparu depuis plusieurs jours dans des régions précédemment atteintes, l'aisselle droite, les grandes lèvres et la partie interne de la cuisse gauche. Les éruptions vulvaires se sont produites peu de jours après la sortie et ont persisté depuis lors.

La malade rentre le 25, au numéro 4 de la salle Lugol. Elle porte sur le cuir chevelu plusieurs plaques semblables à celles qui ont été décrites antérieurement.

A la suite d'une piqûre, il s'est développé une suppuration du pouce et de l'annulaire gauche : on voit sur leur face dorsale des pustulettes agglomérées.

7 *novembre*. Nous avons vu s'étendre progressivement une plaque suppurative située au vertex; elle mesure maintenant 7 centimètres de diamètre; les cheveux s'arrachent facilement à son niveau. Elle se continue à droite avec une plaque semblable qui mesure 3 centimètres sur 2. Les lésions de l'aisselle droite se sont notablement aggravées. On y distingue trois plaques superposées, rouges, saillantes de près de 1 centimètre, allongées transversalement, séparées par des sillons profonds d'apparence fongueuse; elles reposent sur un tissu cellulaire induré. Leur surface est parsemée de petits foyers purulents qui présentent tous les intermédiaires entre la pustulette miliaire et la pustule du volume d'un pois; les poils sont en parties tombés.

Le pouce de la main gauche est recouvert depuis la veille d'un emplâtre contenant 1 gramme de sublimé, 20 grammes de mercure et 10 grammes d'acide phénique par rouleau d'un cinquième de mètre carré. On trouve dans toute la partie sous-jacente l'épiderme soulevé en masse par une collection purulente. On prescrit l'application sur les parties malades de la main, du cuir chevelu et de la vulve de compresses imprégnées d'eau boriquée, et, sur celle de l'aisselle, de l'iodoforme. On touche trois fois par jour la muqueuse des joues et de la voûte palatine avec la glycérine phéniquée. On y distingue encore de nombreuses pustulettes.

15 *novembre*. La grande plaque du cuir chevelu s'est encore étendue, elle mesure actuellement 0,10 sur 0,08; mais elle s'est affaissée dans sa partie centrale qui ne présente plus que de l'épaississement avec induration de la peau; dans le reste de sa surface, elle est encore criblée de pustulettes dont quelques-unes ont un cheveu à leur centre. Les cheveux sont raréfiés à ce niveau. On voit deux plaques plus petites dans la région pariétale droite et une au niveau de la suture pariéto-occipitale gauche.

Dans l'aisselle, les pustules ont pour la plupart disparu.

L'état du pouce gauche s'est beaucoup amélioré. La suppuration est tarie presque complètement; elle ne persiste qu'au pourtour de l'ongle qui est décollé.

22 *novembre*. Le traitement par les applications boriquées a amené une grande amélioration. On ne distingue plus, sur le cuir chevelu, qu'un petit nombre de pustulettes; les saillies anormales s'y sont affaissées.

L'ongle du pouce gauche est tombé; il n'y a plus là de lésions en activité; il en est de même dans l'aisselle, à la vulve; c'est seulement sur la grande lèvre droite que l'on voit encore quelques saillies mamelonnées surmontées de

pustules. Seules les lésions buccales persistent avec les mêmes caractères. On substitue aux applications de glycérine phéniquée celles de vaseline boriquée.

27 *novembre*. De nouvelles pustules agglomérées ont apparu en différents points du cuir chevelu. Partout ailleurs l'amélioration s'accentue, l'état de la muqueuse buccale a été favorablement modifié par les applications boriquées ; le nombre des pustulettes y est beaucoup moindre.

5 *décembre*. Presque partout les foyers de suppuration se sont éteints; ils ne sont plus représentés que par des saillies indurées et pigmentées. On voit encore un très petit nombre de pustulettes sur la plaque du vertex.

13 *février* 1889. L'état de la malade est resté très satisfaisant depuis la dernière note; néanmoins la guérison ne peut être considérée comme complète : à plusieurs reprises, nous avons constaté la présence de vésico-pustules miliaires isolées sur le cuir chevelu; elles ont disparu sans se multiplier sous l'influence du pansement boriqué. Nous notons également un groupe d'éléments semblables sur la grande lèvre gauche.

Les lésions buccales ont persisté sans amélioration notable, jusqu'à la fin de janvier, malgré les applications de glycérine phéniquée; des pustulettes ont continué à se développer d'une manière ininterrompue dans les régions que nous avons indiquées; mais depuis quinze jours, une amélioration évidente s'est produite ; sous l'influence de la solution d'acide borique, que le malade a maintenu dans la bouche plusieurs fois par jour pendant quelques minutes, les pustulettes ont cessé de s'y produire et actuellement on n'en voit plus aucune.

En résumé, le type morbide représenté par cette malade est caractérisé par la production successive et ininterrompue, *si le traitement n'intervient pas*, de foyers de suppuration qui débutent, soit isolément, dans des parties jusque-là indemnes, soit au pourtour d'anciens foyers, par des vésico-pustules *miliaires*, s'accroissent excentriquement, s'accompagnent de tuméfaction avec rougeur des téguments et d'un prurit intense, prennent une forme circulaire, s'unissent en plaques polycycliques, s'éteignent au centre tout en s'agrandissant progressivement et ne laissent généralement d'autres traces que des macules pigmentées; ils occupent plus particulièrement les régions recouvertes de poils, le cuir chevelu, les aisselles, le pourtour de la vulve, mais on les observe également sur des parties glabres, telles que les mains, le tronc et les cuisses. Ils ne sont pas limités à la peau; la muqueuse buccale présente les mêmes éruptions. Les lésions peuvent également gagner en profondeur; nous les avons vues à plusieurs reprises s'étendre au tissu cellulaire sous-cutané et se compliquer ainsi de phlegmon.

Les plaques constituées par les foyers *conglomérés* peuvent atteindre des dimensions considérables; nous en avons observé à la nuque, sur les fesses et au pourtour de la vulve qui mesuraient plus de 10 centimètres de diamètre. Elles persistent avec une remarquable opiniâtreté et continuent à progresser aussi longtemps qu'elles ne sont pas convenablement

traitées. A mesure que leurs boutons se vident et s'éteignent en faisant place à des saillies qui, d'abord rouges, plissées et indurées, s'affaissent graduellement, et se transforment en simples taches pigmentaires, d'abord d'un brun foncé, puis de plus en plus claires, de nouvelles pustules se développent à leur périphérie. A plusieurs reprises, nous avons vu se former, notamment à la main, de vastes phlyctènes remplies de pus. Le plus ordinairement, les lésions disparaissent en laissant seulement après elles une pigmentation d'abord très sombre et d'une persistance remarquable, bien qu'elle finisse à la longue par s'atténuer beaucoup et même s'effacer : on est surpris de voir ces suppurations, qui souvent paraissent intéresser profondément le derme, ne pas donner lieu à des cicatrices apparentes. Il n'en est pas cependant toujours ainsi ; une des suppurations digitales s'est terminée par la perte d'une phalange, et nous avons noté, dans la région fessière, des indurations profondes avec dépression de la surface cutanée dans les parties où ont existé les phlegmons.

Ces suppurations ne s'accompagnent pas de troubles prononcés dans la nutrition générale : c'est à peine si, dans les moments où les désordres locaux ont été le plus accentués, la température s'est momentanément élevée un peu au-dessus de la normale (37°,9). Jamais nous n'avons vu survenir les accès intermittents de la pyémie.

Les foyers se régénèrent le plus souvent au niveau de plaques anciennes : sans aucun doute, des agents infectieux y séjournent à l'état latent et reprennent, après une période d'incubation plus ou moins longue, une nouvelle activité, comme le font les foyers de syphilis et de tuberculose.

L'examen bactériologique, pratiqué à quatre reprises différentes par M. L. Wickham, interne du service, a dénoté presque constamment la présence de staphylocoques et particulièrement de l'albus. Des recherches réitérées n'ont pu faire découvrir d'autre élément parasitaire.

La marche de la maladie, les récidives au niveau et au voisinage des anciens foyers, les auto-inoculations ne permettent guère de douter qu'il ne s'agisse là d'une affection parasitaire.

Est-elle liée à la pullulation des microbes vulgaires du pus, de staphylocoques qui trouveraient dans les téguments de notre malade un milieu exceptionnellement favorable à leur multiplication? S'agit-il d'autres microphytes qui ont échappé à notre observation?

On tend de plus en plus à attribuer, dans la genèse des maladies infectieuses, une importance capitale aux conditions particulières de réceptivité que présentent les différents sujets : peuvent-elles cependant suffire à expliquer pourquoi, chez notre malade, les suppurations mul-

tiples, après avoir débuté par des pustulettes miliaires, se propagent excentriquement et arrivent à former de larges plaques polycycliques; pourquoi elles s'étendent au tissu cellulaire sous-cutané; pourquoi elles laissent à leur suite une pigmentation si prononcée et si persistante; pourquoi elles envahissent la muqueuse buccale, se reproduisant avec opiniâtreté depuis trois ans aussitôt que l'on cesse de leur faire obstacle; pourquoi enfin, malgré leur étendue en surface et en profondeur, elles ne s'accompagnent d'aucun signe d'infection générale, constituant ainsi un type clinique qui ne rentre dans aucun de nos cadres classiques? Cela nous paraît bien douteux, et nous admettrons plus volontiers l'hypothèse d'un microbe encore indéterminé, transformant le tissu en un terrain favorable au développement des microbes pyogènes comme peuvent le faire l'achorion, le tricophyton et le bacille de la tuberculose.

Le diagnostic de l'affection que nous avons eue sous les yeux n'a pas été sans présenter de sérieuses difficultés. Trois dermatologues ont cru, en raison surtout des lésions linguales, à des manifestations anormales de la syphilis; on trouve, en effet, dans les auteurs des descriptions de syphilides qui s'en rapprochent.

Notre vénéré maître Ricord a fait connaître une syphilide vésico-pustuleuse annulaire, variété d'herpès impétigineux : elle débute par des macules rouges, qui bientôt deviennent saillantes, se disposent en cercles et se recouvrent de croûtes; on voit parfois à leur centre une vésico-pustule. Elle diffère de l'éruption de notre malade par son début, qui est une papule, et par l'absence de suppuration phlegmoneuse.

M. le professeur Fournier décrit une syphilide impétigineuse pustulo-crustacée; elle est constituée, au début, par de petites pustules que réunit une aréole rouge commune; plus tard, elles font place à des croûtes granuleuses, boursouflées, de couleur ocreuse; celles-ci sont assez étendues et représentent plusieurs pustules fusionnées; cependant les croûtelles gardent en se fusionnant leur cachet d'indépendance première, de telle sorte que leur surface est inégale et mamelonnée; elles sont épaisses et comme boursouflées en même temps que sèches, poreuses et cassantes. Leur couleur est plus ou moins jaunâtre ou d'un brun clair, quelquefois ocreuse.

Le derme n'est attaqué que superficiellement; la croûte surmonte l'érosion sans être encadrée par elle. Cette éruption siège le plus souvent à la nuque, au pubis et à la face; rare aux membres, elle est inconnue aux extrémités. Elle laisse des cicatrices superficielles qui peuvent disparaître ou persister.

Malgré des analogies incontestables, l'affection qu'a présentée notre

malade a différé de cette syphilide pustuleuse en des points essentiels : elle a envahi à plusieurs reprises le tissu cellulaire sous-cutané et engendré des phlegmons volumineux; elle se reproduit surtout par auto-inoculation; elle a donné lieu plusieurs fois à des soulèvements *phlycténoïdes* de l'épiderme par de vastes collections purulentes. En dehors de ces différences d'aspect avec les affections pustuleuses qui ont été rattachées à la syphilis, plusieurs particularités nous paraissent établir que nous n'avons pas affaire à une manifestation anormale de cette maladie : ce sont, la *résistance au traitement spécifique*, qui, poursuivi avec énergie pendant quarante-cinq jours, n'a donné aucune espèce de résultat, et, par contre, la guérison des diverses manifestations par les applications de substances antiseptiques et surtout de solution ou de pommade boriquées sans traitement spécifique ; c'est ensuite la dissémination d'une éruption qui serait ou tout au moins deviendrait une manifestation tardive de la maladie, et l'absence de toute néoplasie ayant les caractères typiques de syphilides. Ajoutons que la malade nie énergiquement tout accident primitif et qu'elle assure n'avoir pas eu de rapports sexuels depuis la mort de son mari qui remonte à quatre aus.

S'agirait-il d'une forme anormale de la maladie récemment décrite par Durhing sous le nom de *dermatite herpétiforme* et si bien étudiée par Brocq : bien qu'elle soit plus ordinairement polymorphe, il en existe une forme pustuleuse; ses éléments sont miliaires ou volumineux; ils ont tendance, comme les vésicules d'herpès, à former des groupes qui s'étendent excentriquement; ils sont entourés d'une zone érythémateuse ou inflammatoire. Mais cette éruption paraît être de cause interne; elle apparaît sous forme d'attaques que séparent des périodes de repos plus ou moins longues. Chez notre malade, au contraire, l'affection semble être de cause externe et se reproduire par auto-inoculation. Elle est toujours constituée par le même élément, alors que la maladie de Duhring est d'ordinaire polymorphe. Enfin, on n'observe pas dans celle-ci, au même degré, les pigmentations si remarquables que nous avons notées chez B...

Les faits avec lesquels notre observation offre le plus d'analogie sont ceux qui ont été décrits par Hebra sous le nom d'*impétigo herpétiforme*. On y voit, en effet, se développer des pustules miliaires superficielles qui se multiplient et forment des groupes; les nouvelles poussées se font à la périphérie d'un foyer en suppuration ou en involution en une ou plusieurs séries ; le centre, après un court stade d'humidité, se recouvre d'épiderme; il ne se fait pas d'ulcération, ni de cicatrices. Cette description peut s'adapter à l'éruption de notre malade ; mais, à l'encontre de ce qui s'est passé chez elle, cet impétigo herpétiforme se produit presque

exclusivement chez la femme en état puerpéral, il s'accompagne d'une réaction fébrile intense et se termine presque toujours par la mort. Ces faits semblent au premier abord la séparer nettement de notre dermatite; cependant M. Kaposi signale des cas où il a évolué sans fièvre, il l'a vue guérir, et il en a observé un fait chez un jeune homme. Il résulte de là que, ni l'origine puerpérale, ni la pyrexie, ni le pronostic absolument fatal, ne caractérisent nécessairement cet impétigo. Les deux types morbides sont donc voisins : cependant la durée de notre dermatite, ses récidives incessantes, les altérations profondes que subit la muqueuse buccale, l'extension au tissu cellulaire des suppurations, l'épaississement et l'induration du derme qu'elles entraînent à leur suite, la perte de substance qu'elles peuvent provoquer, l'absence de troubles de la nutrition générale, et enfin la bénignité de la maladie sont autant de caractères qui lui appartiennent en propre et nous permettent de la considérer comme une *espèce morbide nouvelle.*

Pour donner une étiquette scientifique à cette maladie, il faudrait en connaître les causes prochaines, c'est-à-dire l'agent infectieux qui lui donne naissance et les conditions de réceptivité pour cet agent : à défaut, le nom de *dermatite chronique pustuleuse en foyers à progression excentrique*, que nous proposons de lui appliquer, en résume les principaux caractères : *c'est une forme d'infection pyogénique chronique limitée aux téguments.*

M. H. Feulard : Un heureux hasard me permet de vous faire connaître un second cas de la maladie si curieuse dont M. Hallopeau vient de vous entretenir ; et mieux encore, vous allez voir le sujet lui-même qui en est atteint. La chance nous a favorisés, car il y a à peine deux semaines que ce malade est entré dans le service de mon maître, M. le professeur Fournier, à l'obligeance duquel je dois de pouvoir vous le montrer aujourd'hui.

Présentation du malade.

Voici l'histoire résumée de ce cas.

Ce malade, G... (Léon), âgé de cinquante ans, exerçant la profession de garde champêtre, habite les environs de Paris : il n'a jamais eu comme maladie que la variole, il y a vingt-cinq ans; il n'est pas syphilitique. Il ne fournit aucun renseignement sur l'état de santé de ses parents.

Il y a un an que la maladie actuelle a débuté simultanément aux régions actuellement occupées sous forme d'éléments éruptifs, petits boutons pustuleux isolés, qui, ayant progressivement grandi, présentent maintenant l'aspect curieux que vous pouvez constater.

La maladie présente trois sièges principaux : la *région génito-crurale, la face, la cavité buccale,* mais d'importance bien différente.

1° *Région génito-crurale.* — En découvrant le malade, en effet, ce qui frappe à première vue, ce sont les plaques éruptives de couleur foncée qui disposées d'une façon presque continue sur le bas de l'abdomen, la partie supérieure des cuisses et les organes génitaux, forment au-devant du malade, qu'on me passe la vulgarité de l'expression, comme un étroit caleçon de bain ou mieux un pagne.

Ce vaste placard est limité, en haut, du côté de l'abdomen, par un bord irrégulier situé à quatre travers de doigts environ au-dessous de la ligne ombilicale. L'éruption occupe donc à peu près tout le bas du ventre. Ce bord ne figure pas une ligne nettement tracée, mais il est irrégulier, festonné par places, parce que l'éruption tendant à progresser par en haut envoie des prolongements vers les parties saines dans la direction de l'ombilic. A côté de ces prolongements, se trouvent disposés à peu de distance du bord de la grande plaque de petits groupes éruptifs, isolés, séparés de ce bord par un peu de peau saine.

Plus haut encore, sur l'abdomen, se voient des éléments semblables isolés, en petit nombre, formant comme des colonies avancées; mais l'extrême limite où ces éléments se rencontrent est une ligne qui réunirait transversalement le bord inférieur des côtes. C'est dire que la région thoracique antérieure est encore indemne.

Les dimensions de ces éléments, avant qu'ils soient agminés, varient depuis celles d'un grain de mil jusqu'à celles d'une pièce de 1 franc, en passant par tous les degrés intermédiaires, si bien que l'on peut suivre très aisément, croyons-nous, le développement progressif et la marche de ces lésions.

Leur point de départ paraît être une petite pustulette à centre grisâtre, croûtelleux, à pourtour rouge; puis la lésion augmentant, le centre devient saillant, papuleux, tout en restant entouré d'une zone rouge.

La consistance d'un bouton ainsi formé est assez dure ; la surface est brillante, humide, présentant une multitude de petites anfractuosités, desquelles on peut faire sourdre par la pression de petites gouttelettes séro-purulentes.

C'est par le groupement, puis par la cohésion de ces éléments dont les bords se sont confondus, qu'est formé le grand placard éruptif du bas du ventre, lequel reproduit en grand l'aspect signalé sur chacun des petits éléments.

Ainsi est formée cette grande plaque épaisse, d'aspect rouge brun, suintante, traversée de sillons, déformant les plis des aines en les épaississant, présentant l'aspect mamelonné que prennent les végétations vulvaires ou encore les condylomes syphilitiques confluents des grandes lèvres chez certaines femmes malpropres.

Cet aspect est surtout remarquable dans les endroits où il y a un suintement naturel, dans les plis inguinaux, sur le scrotum en partie envahi et dans les points où la verge repose sur le scrotum. Chose curieuse, l'éruption qui a envahi la face postérieure de la verge et s'est avancée jusqu'au prépuce qui est infiltré et épaissi, a respecté le tiers inférieur de la face antérieure s'avançant du pubis sur le pénis, mais s'arrêtant aux deux tiers de celui-ci par un bord net en forme de croissant à concavité inférieure. Seul donc des téguments de la verge, a été respecté cet espace en forme de fer à cheval allongé, représentant le tiers inférieur de l'organe, cela sur la face antérieure seulement; tout le reste est pris.

L'éruption a envahi une grande partie du scrotum, se continue sur le périnée, au pourtour de l'orifice anal, et déjà occupe une partie de la face supéro-interne des cuisses.

En un mot, partout où il y a contact et frottement, la peau est envahie, et les lésions affectent ainsi une disposition symétrique tout à fait curieuse reproduisant exactement la place des points de pression.

Au pourtour de l'anus, les végétations sont très abondantes et présentent un aspect syphiloïde (condylome végétant) tout à fait remarquable.

Les membres inférieurs sont respectés, sauf, comme nous l'avons dit, à leur racine où l'éruption occupe les deux régions des aines et descend sur les cuisses jusqu'à trois travers de doigt environ de l'arcade crurale. Le bord saillant par lequel elle se termine des deux côtés est plus net que le bord abdominal. Une seule colonie se voit à 2 centimètres au-dessous du bord de l'éruption, à la cuisse droite.

Au-dessus de la ligne que nous avons donnée comme le bord abdominal du placard éruptif, le tronc ne présente à la face antérieure que quelques petits placards disséminés au-dessus de l'ombilic, puis rien ; mais à la face postérieure, on trouve au niveau de la région lombaire quelques éléments isolés ou déjà groupés dans lesquels les lésions ne végètent pas encore comme dans les plis abdominaux et génito-cruraux. Le dos proprement dit est respecté ainsi que les membres supérieurs.

Pour en finir avec le siège principal de la maladie, l'éruption du pubis, nous dirons que les poils existent encore dans cette région, clairsemés et la plupart tenant encore solidement.

Il s'exhale de ces régions une odeur infecte qui rappelle celle des condylomes syphilitiques non pansés.

2° *Face*. — Les lésions siègent exclusivement du côté gauche, sur les lèvres, la joue et la région sous-maxillaire. Sur la joue, la lésion affecte surtout l'aspect sycosiforme, formant sur la partie inférieure de la joue, un relief en bourrelet demi-circulaire à concavité supérieure. Sur la lèvre, au-dessous de la narine gauche, placard isolé, semblable à une plaque d'eczéma sycosiforme épaissi. A la région sous-maxillaire, placard de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent, circulaire, d'aspect sycosique et dont on fait sourdre par la pression de nombreuses gouttelettes du pus.

Les poils de la barbe sont conservés, ils traversent les parties malades, mais se laissent plus facilement enlever qu'à la région pubienne. Le reste de la face et le cuir chevelu sont sains.

3° *Cavité buccale*. — Mais ce qui est tout à fait curieux, c'est que l'éruption siège également dans la cavité buccale.

En effet, au niveau de la commissure labiale gauche, sur la face interne de la lèvre inférieure, il semble qu'il y ait continuité de tissu entre l'éruption cutanée et celle des muqueuses.

Celle-ci se présente sous forme de plaques blanchâtres, d'aspect leucoplasique végétant rappelant certaines végétations épithéliomateuses, mais aussi certaines lésions syphilitiques. La langue est altérée. La face supérieure est sillonnée de nombreux plis, et sur ses bords se trouvent de véritables bouquets de végétations papillomateuses blanchâtres, desquelles on fait sourdre par la pression un peu de sang et une substance jaunâtre épaisse.

Le voile du palais, les piliers sont également envahis, la luette est épaissie

et, ainsi que les piliers, présente cet aspect papillomateux blanchâtre signalé sur les bords de la langue.

Tels sont, rapidement énoncés, les principaux caractères de cette éruption qui, comme vous le voyez, en comparant les moulages que j'ai fait faire au moment de l'entrée du malade (*Musée de l'hôpital Saint-Louis*, coll. générale, n°s 1460, 1461) avec ceux qu'a fait exécuter l'année dernière, sur sa malade, M. Hallopeau (*Musée*, ibid, n°s 1325, 1326, 1344) présentent avec le cas de M. Hallopeau la plus grande analogie. Je crois que ces deux faits sont encore isolés, et qu'il s'agit d'une affection vraisemblablement tout à fait nouvelle.

M. Hallopeau : L'éruption du malade, qui vient d'être présenté par M. Feulard, est en toute évidence la même que celle que nous avons décrite : ce sont les mêmes plaques récentes composées de vésico-pustules groupées en cercle; ce sont les mêmes plaques anciennes, saillantes, végétantes, indurées et pigmentées, qu'entourent une couronne de vésico-pustules; ce sont les mêmes contours polycycliques ; c'est le même aspect caractéristique ; ce sont les mêmes localisations aux régions inguinales, aux parties génitales et à la face ; ce sont les mêmes lésions de la muqueuse buccale, les mêmes plaques mamelonnées des jambes, avec leurs pustulettes miliaires dont la piqûre donne issue à du pus, le même aspect de la langue divisée en mamelons par des sillons profonds; ce sont les mêmes récidives incessantes pendant plusieurs années, sans troubles de la nutrition générale. Notre fait n'est donc pas isolé : *il y a là une nouvelle dermatite suppurative non encore décrite* (1).

M. Schwimmer : Nous devons remercier MM. Hallopeau et Feulard de leurs intéressantes communications. La maladie cutanée que présente ce malade me paraît en effet absolument étrange et en dehors des types que nous connaissons habituellement. C'est un fait qui restera gravé dans la mémoire des personnes présentes, après avoir vu les admirables moulages du musée et le cas vivant, et qui leur permettra de reconnaître dans la suite, s'il s'en trouve, d'autres cas semblables.

(1) M. le professeur Kaposi, qui n'assistait pas à cette partie de la séance, mais qui vit le lendemain les moulages et le malade présentés, a émis l'idée qu'il avait figuré une éruption semblable dans les planches LXIII et LXIV de sa *Syphilis der Haut*. Nous ne pouvons nous ranger à cette manière de voir. Un des caractères de l'éruption présentée par nos deux malades a été *leur début et leur progression par foyers miliaires isolés, ainsi que l'absence d'ulcération;* or, il est dit expressément, dans l'observation de M. Kaposi, que les surfaces malades étaient limitées par un bord saillant, large d'un millimètre et demi, nettement découpé et ulcéré en dedans, infiltré en dehors. Il y a là un caractère différentiel assez important pour nous permettre d'affirmer que, malgré d'incontestables analogies d'aspect, cette éruption n'appartient pas au type morbide que nous avons décrit.

V. Hereditary dermatoses,

par le Dr James C. White,

professor of Dermatology in Harvard University. Boston, U. S. America.

That 'like begets like' has been universally recognized as a perpetual principle of nature. The lowliest tiller of the soil has always committed his treasured seeds to the ground, knowing that he would surely gather the same unchanged with increase; the egg has never failed to produce a creature just like that from which it came; and the breeder of the domestic races of animals has never doubted that his remotest descendants might look upon the selfsame stock that his distant ancestors possessed. Mankind has always regarded himself as no exception to this unvarying rule of creation. 'Like father, like son' has been the universally accepted tenet of every people. The ethnologist, the historian, and the moralist have based the foundation of their creeds upon it. Every new-born infant is known to have inherited, and as sure to reveal in due time, the traits of his parents, his family and his race. So firmly was this belief inbred in the popular mind and maintained by theologian and scientist, that it remained for a generation an almost insuperable obstacle to the general acceptance of the law of evolution, which pleaded only for the possibility of infinitesimal deviation in the individual from such persistent inheritance and transmission of type.

It is not strange, therefore, that a similarly firm belief should have established itself in the popular mind that abnormal qualities were also inheritable, and that disease might be transmitted to progeny as well as natural traits. Such an opinion has always been held by the medical profession as well. It has long been known that the skin and its appendages have been especially liable to abnormal variation through successive generations, and a larger proportion of its diseases than of the other tissues of the body have been regarded as hereditary affections. How far such deviations exceed the operation of natural laws, and on what basis of fact the question of inheritance of such disease rests, will be the subject I purpose to briefly consider in this paper.

If we accept the law of natural variation we necessarily establish a norm, on the one side of which we have by the union of two persons, male and female, the development of a third, possessing by such mingling of individual traits innumerable chances of modification from the type of either parent. By such slight variation individuality is established and maintained. Without its action like must produce absolute

like, and the individual would be sunk in the species, genus, or more general divisions of creation, or in other words, such differentiation in vital matter could never have taken place. The closer the family relationship of the parents, the less are the chances of marked variation in the offspring, the greater those of exaggerating in it any special qualities common to the former. Such results may be ennobling, as when conducted by the intelligent breeder, but when left mainly to chance, as in consanguineous marriages, they are more likely to lead to deterioration by the impairment of special functions, which may be inherent in the family, and the tendency to which may have been previously kept enfeebled or latent by constant crossing. Thus inter-breeding is apt to develop in the offspring disturbances of vision, deafness, idiocy, insanity, etc., which traits thus fostered transmit themselves to descendants with accelerated frequency. There may be thus developed, no doubt, also new abnormal conditions, which may extend themselves indefinitely into the future of descendants, until the fault is washed out by repeated crossings with strains free from it. The case may be cited in illustration of two brothers, who married sisters, their first cousins. Seven children sprang from this double union, all of whom were albinos. No such condition had been previously known in the family, and the record of so striking an affection could scarcely be forgotten for several generations. Sterility is another condition engendered by too long and close interbreeding, so that fresh crossing is necessary to keep up the fecundity of cultivated stock.

Too wide a deviation from the natural standard of individual variation constitutes monstrosity. Such departures from the normal, like natural deviations, may have their origin in various ways : from arrest of development, from malposition, from perversion in growth, from undue prominence of retained rudiments, from reversion to earlier types, from the influence of surroundings. However originating, they are apt to be transmitted with great persistency. Supernumerary fingers have been observed in five generations. Harelip has shown itself in succeeding members of a family for a century. The universal hairiness of the well-known Siamese family was manifested in three generations. A single white lock has been repeatedly observed through many generations.

A correllation of such forms of variability is often observed, as a deficient development of teeth with general hypertrichosis; the association of polydactylism with harelip, etc.

The inheritance of such abnormal traits is often controlled by the law of sexual limitation, as it is called, most strongly emphasized in the

transmission of deformities of the skin and its appendages. Sedgwick reports the occurrence of sebaceous tumors of the scalp in the women of a family only, through ten generations. In the Lambert family the "porcupine disease" ('Ichthyosis') showed itself in the males only in four generations. Fathers often transmit their red hair to their sons and not to their daughters. Rudimentary earlobes have appeared in the females exclusively of a family for three generations. Web-fingers and toes often appear in one sex in children and grandchildren. Sedgwick records also the absence of two distal phalanges in ten successive generations of females. In 'bleeders' this sexual limitation is strongly marked, and consequently purpura as a symptom of this condition. It has been observed to occur in the males alone of five generations. It will be noticed that the tissue changes in all the above illustrations are entirely asexual in character.

Such inheritances are also subject in some degree to the limitation of age. It is a common belief, and substantially true, that certain affections that "run in families", as deafness, insanity, apoplexy, etc., always appear at about the same age, and the same law applies to some forms of transmitted tegumentary changes. Thus in the three succeeding generations of the Lambert family the "porcupine disease" began to develop at the ninth week. Freckles show themselves by inheritance at a certain age. Premature forms of canities, alopecia, and senility declare themselves in descendants at a period fixed by ancestry. But this is no more remarkable than the same law which regulates the late development of some normal tissues and functions. After an existence of fourteen to twenty years the follicles in certain parts cease to grow lanugo hairs, and begin to form strong and colored ones. This one illustration may serve our purpose as well as many.

Another peculiarity in the transmission of normal and abnormal traits is called atavism. It has been defined as the « principle of latent inheritance », as when certain peculiarities skip a generation and appear in the second and fourth. A striking example of its power is shown in the transmission of color blindness, which in some cases affects males only in the first, third and fifth generations, and the females of the same family in the second and fourth. Ichthyosis in a grandfather has reappeared in two grandsons. Albinism exhibits similar peculiarities. While preparing this paper there has appeared at my clinic at the Massachusetts General Hospital a stet Scotch woman with dark skin and eyes, and straight black hair. With her came two strange looking children, her own, a boy and girl with pediculosis capillitii and impetiginous eczema of faces and necks. Their skin was of a light mulatto, café-au-

lait color, and their eyes were light blue. Their hair was of a light brown tint, and was otherwise that of a negro, crinkled and curled tightly in little knobs over the scalp. No one would have doubted on seeing this part of them alone that it was growing upon the heads of very fair mulattos. It had the ordinary thickness with the usual inter-spaces between the tufts. It had never been cut, and yet the dense balls did not rise more than half an inch above the surface of the scalp. Their father, also a Scotchman, had straight dark hair, and there were several other children in the family possessing the ordinary straight growth of the parents. The paternal grand-father was reported to have had reddish and similarly curled hair. The mother said that these were the only two of the children who had lice, or at least any trouble of the skin produced by them, as she found it impossible to comb their hair or keep their heads clean. The whole family were recent immigrants from Scotland.

Reversion also is supposed to account for certain deviations from the normal standard in the skin and its appendages. A solitary red-haired individual in a family, uniformly brunette through several generations, might thus be regarded as indicating a cross with, or a descent from a red-haired stock in the distant ancestry, rather than as an unaccountable « sport ». The growth of the beard in sterile women and those past the climacteric period might be looked upon as a reversion to the present male and original bisexual type of the race, as shown by the assumption of the cock's feathers by old hens, and more general forms of hirsuties as a return to the condition of earliest men. Darwin held the opinion that woman first became generally denuded through the action of sexual selection, and transmitted such acquired tendency to both sexes.

It has been held moreover, that certain modifications in the cutaneous tissues may be produced by the transmission of the results of mutilations and surgical operations. Darwin cites Prof. Rolleston's case of two men, one of whom had a knee, and the other a cheek severely cut. To both of them a child was born in whom these exact spots were marked and scarred. Brown-Séquard has observed abnormal states of the skin and hair of the face and neck in animals born of parents having alterations of the same parts in consequence of injuries to the nerves produced by him, and again dry gangrene of the ears of young guinea-pigs, whose parents presented similar changes in the ears from lesions of the restiform body. The action of such influences may possibly account for the production of a variety of abnormal and local cutaneous changes, commonly called « mother's marks », even when

the nerve derangements during pregnancy are only emotional and fugitive. It is claimed, indeed, that permanent varieties of domestic animals may be gradually established by repeated mutilations, characterized by the atrophy of tissues as highly organized as caudal vertebræ, for example, but such deductions are largely problematical.

There is another modifying principle affecting the capability of disease to impress human tissues, recognized as inheritable, called idiosyncrasy. Under its influence families or individuals are supposed to be more subject to, or protected against certains forms of disease and morbid influences than mankind in general. The child resembles the parent in being more liable to "take cold", to be unduly affected by the sun as shown in tanning and burning, to be unable to eat without ill results some ordinary articles of food, to be over-sensitive to the action of certain drugs. In fact the existence or expression of that condition of overgrowing recognition, called "dermatitis medicamentosa" and "dermatitis venenata", is largely dependent upon such exceptional individual susceptibility. On the other hand he has inherited an immunity to extraneous evils : he does not take exanthems readily, or resists them completely; his skin is not at all poisoned by *rhus* or noxious insects; he never has corns, etc. We see the action of such inherited protection in the exemption of certain races from malaria and yellow fever, acquired gradually, no doubt, by selection through such individual idiosyncrasy originally. The absence of such protective influences is shown on a large scale in the frightful mortality which characterizes the first introduction of the exanthems among virgin races. Idiosyncrasy is a state closely allied to another human attitude to disease we call "diathesis".

The difficulty of defining in exact language what is meant by this term, shows how intangible is such a supposed principle, and how unsatisfactory are the data by which it is presumed to declare itself. We say it is an inherited proclivity, proneness, predisposition, liability to disease, vulnerability of tissue, etc. It is not disease itself which is transmitted, only a constitutional tendency to it. We may accept the possible existence of such a law as the most plausible interpretation of certain relations of disease observed in succeeding generations of the family, but we must be careful not to regard such arbitrary assignment of the cause of morbid phenomena as necessarily establishing the law. The principal so-called diatheses which have been associated with the etiology of skin diseases are the herpetic, dartrous, arthritic, rheumatic, gouty, scrofulous, etc. Some of them are recognized as possible factors in the causation of these affections by individual dermatologists in all countries, while others find no supporters outside of a single national school. Of

not one of them can it be said that their position in the pathology of dermatoses rests upon any more solid basis than mere hypothesis, and if their existence had never been imagined, the etiology of cutaneous disease would rest on quite as satisfactory and scientific a fondation as at present. As I have elsewhere said : it may be perhaps unfair for any one not a Frenchman to discuss the merits of the dartrous diathesis, for no one else has seen evidence of its existence, yet men, who for half a century have occupied prominent positions as leaders in your great school of dermatology believe not only in the corporeal reality of such a demon as *la dartre*, but that it is the cause of a large part of the skin disease which affects mankind. Yet ask them to define its nature, and they give you merely a description of the symptoms common to the affections which they say it causes. It is in fact very like the evil spirit which the medicine-men of savage races exorcise, and its prolonged hold upon the mind of scientific men of this most civilized people can be explained only on the supposition of a possibly transmitted and irresistible mental strain, as national doctrines in theology are perpetuated. The disciples of the modern monopathology, gouty-rheumatic school express themselves with similar assurance. Eczema, they say, runs in families, so does the gouty diathesis; eczema is an expression of the gouty diathesis. « I have never had a symptom of the gouty diathesis », says the patient with eczema. « That makes no difference », says the disciple, « eczema is gout ». Such a verbal formula is apparently as satisfactory to him as a positive demonstration of the reality of such an assumed connection. Even if a marked coincidence of occurrence were established between other so-called expressions of a diathesis and certain skin diseases, it would by no means follow that the former were the cause of the latter, or that the latter were even indirectly inherited because the former may have been. Poor reasons are certainly worse than none in the study of the etiology of skin disease.

If now we leave the realm of conjecture and pure inference, and descend to the consideration of such tangible changes in the cutaneous tissues as constitute well recognized dermatoses, it is surprising to note how few of them are classed by the best known writers on dermatology in their general observations on etiology as hereditary affections. The accompanying table shows that there are but fourteen diseases which the nine authors quoted think worthy of such special mention as examples of hereditary disease, and of these but eight are so regarded by more than a single writer. Such a brief exposition of the views of leading teachers answers my present purpose as well as a record of opinions obtained by a searching examination of the remarks on the

etiology of each individual affection in every existing book on dermatology, for these few are the only diseases concerning the hereditary nature of which there is any general consensus of affirmative belief. It would be important, were it possible, to establish a positive definition of an hereditary dermatosis, which should be generally accepted by writers on the subject. We must be content with recognizing as such those affections which occur more frequently in the descendants of ancestry similarly affected than in other persons under identical conditions of life. From this category we must exclude the pseudo-hereditary diseases, as congenital variola following the maternal attack during pregnancy, the inoculation of the child during delivery by a syphilitic or leprosic mother, etc. We must make allowance, too, for the unequal period of incubation of diseases, which may be inoculated thus at birth, and for the very prolonged term of latency in others. We must bear in mind the limitations and variations in the law of inheritance already considered, and not forget that coincidence is always possible. Especially must we not neglect the lessons of modern bacterial pathology, which are so rapidly revolutionizing our vews of the etiology of affections always hitherto regarded as the best substantiated instances of hereditary disease. In such a precautionary spirit let us re-examine the evidence of the hereditary nature of some of the dermatoses.

Ichthyosis. — Accepting the broadest definition of this term and including under it xerosis or xeroderma, all grades of ordinary ichthyosis, and the rare condition known as ichthyosis hystrix or spinosa, there can be no doubt that all these forms sometimes occur in successive generations. They may be congenital, may begin to develop within a few weeks after birth, almost always within the first or second year, but occasionally at much later periods of life. The most exaggerated forms may fail to reveal any evidence of a similar ancestral history, and fail to transmit themselves to immediate descendants, but the future developments of such affections are by no means as easily ascertained as the record which antedates our observation of any patient. It may possibly be comet-like in its manifestations, striking a generation only at long intervals. It certainly is governed by atavism in some instances, and may affect only one sex in four consecutive generations. Possibly its most persistent duration in any one family on record is through five generations. I have an impression, not to state it too strongly, that the mildest grades of the affection, that known as xerosis in the official nomenclature of the American Dermatological Association (to distinguish it from the title xeroderma as applied by Kaposi to melanosis lenticularis progressiva), whether it be a distinct process or not, is more

uniformly transmitted to offspring than well-marked ichthyosis; in other words it is more exceptional to find an absence of the pre-existence of the disease in xerosis. In the case of ichthyosis spinosa (keratosis follicularis) just reported by me (1) there was no history of its occurrence in the ancestry. In the classical case of the Lambert family the « porcupine skin » ran through four consecutive generations. Possibly my patient might have become a similar great-grandfather had he ever married.

The natural question arises : what is there in the nature of ichthyosis to cause it to be more surely transmissible, perhaps, than any other cutaneous aflection? We know that it is primarily and largely an affection of the epithelial structures alone, and that they are hypertrophied. This hyperplasy, or retention, chiefly of the horny layers, has been attributed to several causes, to a tendency to simple excessive formation of the horny cells, to a superabundance of the intra-epithelial cement, to a modification of the process of keratinization, to a degenerative atrophy of the peripheral nerves, etc. Whichever of them may be nearest the truth, and this no man knows, it furnishes no apparent reason for its transmissibility. Certainly the condition may arise in every degree without proof of inheritance, and also fail to descend. It is a question which possibly the future may solve. We may only say that superficial tegumentary modifications, those of the epithelial structures particularly, (hair and pigment), arising *de novo* as individual varieties, are especially prone to be transmitted for a time to descendants.

Psoriasis. — This is a much more common affection, occurring according to the carefully tabulated returns of the American Dermatological Association, 4131 times in the 123,746 cases of skin disease recorded by the members of that society in its first ten years of existence, or 3.34 per cent whereas ichthyosis was observed but 309 times, or 2.49 per cent. It has the reputation in the medical profession, even among dermatologists generally, of being perhaps the most hereditary in its tendencies of all dermatoses. One might suppose, therefore, from its comparative frequency that reliable data must exist by which the correctness of this opinion could be measured with some degree of accuracy, but they are not to be found. Writers on the disease state their opinions upon this point, differing widely from each other, but few authors give any statistics, and their conclusions are mainly mere impressions. Mr. Wilson thought that one third of his cases were inherited, Gaskoin that an eighth or a twelfth was the correct proportion, whilst Hebra, sen., believed that it

(1) *Journal of Cutaneous Diseases*, June, 1889.

was hereditary in the majority of instances. My colleague, Dr. F. B. Greenough of Boston, reported at the meeting of the American Dermatological Association in 1885 (Clinical notes on Psoriasis), some figures which may be regarded as satisfactory, so far as they go. In 423 cases of the disease, observed by him chiefly at the Dispensary, there were 109 persons who had some reliable knowledge of their family history. Of these 35 reported that the disease existed in parents, uncles and aunts, or brothers and sisters, and in a few instances in their progeny, or in some not distant relative, in about one third of the cases. It is of course difficult to get reliable information, for in the majority of instances the patient knows nothing definitely of members of the family outside of his immediate household, and the most positive statement obtainable in nearly all cases is that some disease of the skin has existed in the family. My own impression, founded on answers to a question uniformly put to all patients, is that only in a small proportion of cases can a perfectly reliable history of heredity be obtained. I am treating at the present writing a brother and sister for the disease, in whose ancestry no record of its previous occurrence exists. There are authors, as is well known, who deny its hereditary nature entirely.

What is there in the nature of psoriasis which may explain this tendency to transmit itself at times to a succeeding generation? Whether the anatomical changes in the epidermal structures are to be regarded as wholly primary, or as secondary to the inflammatory process in the papillary layer, and whether these changes are simply a hyperplasy of the rete or an anomaly in the process of cornification, we may not be able to determine positively, but the disease is essentially a modification of the epidermal layers, and, like ichthyosis, on this account especially prone to impress itself upon its successors in the line of individual descent, although it first manifests itself as a rule at much later periods of life than the latter, and in a spasmodic and irregular method instead of continuously. There are two theories associated with the etiology of the disease which might have an important bearing upon the question of heredity, if they were as well substantiated as their advocates have believed them to be. One of them, which regards psoriasis as an expression of a remote ancestral syphilis, is old, and had its origin, no doubt, in a resemblance of certain phases of the latter to the lesions of the former. Mr. Wilson maintained during his life that psoriasis was a « manifestation of the syphilitic poison (1) after transmission through at least one and perhaps several generations », and lately my friend, Dr. R. W.

(1) Notes on psoriasis read at the meeting of *American Derm. Assoc.*, in 1882.

Taylor of New York, has stated that in fully twenty-five per cent of the cases of psoriasis, the history of which he had investigated, he had « convinced himself indubitably that one of the parents had been syphilitic, « and that his experience warranted him in the impression that antecedent syphilis in the parent, in whom at the birth of the child no evidences of the disease, beyond in some cases a condition of debility or poor nutrition, existed, may have had some influence in the production of psoriasis in the offspring of that parent. If now this supposed connection, however remote, between the two affections rested upon any more solid foundation than mere coincidence, or it could be demonstrated that psoriasis occurs after syphilis more frequently than some other skin diseases, eczema for instance, we might fairly attribute to such relationship its hereditary quality. In the interesting discussion which followed the presentation of this paper it appeared that none of the distinguished dermatologists present recognized any evidence of the most distant affiliation or even resemblance between the two diseases. Another and more recent view is its alleged parasitic nature. If this be correct the present enquiry as to its hereditability is entirely unnecessary, but until more convincing evidence upon this point has been presented by its upholders than hitherto, such enquiry may be considered as still in order. I only regret that I can offer nothing of a satisfying character towards its solution.

Eczema. — Eczema is by far the most common dermatosis, constituting thirty per cent of all cases of skin disease occurring in the private and dispensary practice of American dermatologists according to the returns of the American Dermatological Association, 37,661 cases being recorded in its combined statistics. It is not surprising, therefore, that a very abundant and diversified collection of opinions as to its etiology exists, both popular and professional, and that among them hereditableness finds some adherents with both classes. It might possibly be found on enquiry that eczema is quite as likely to be preceded by an ancestry similarly affected as is psoriasis, and yet we do not regard such connection as necessarily indicating transmission as in the latter. If we may claim that any cutaneous disease is capable of existing independently of transmitted influences, then certainly we may claim such a character for eczema, for its most typical forms bay be excited artificially, and it is the most common form of resentment shown by the skin to all sorts of extraneous influences, to which it is subjected through the life of the individual. From the first month of its extra-uterine existence to the tenth year the skin is getting more and more accustomed to, and better able to withstand these and other influences which give rise to it, as shown in the

following table from my paper on the causes of infantile eczema (read before the American Medical Association, 1881) : « During the past twelve years I have treated at the out-patient department for skin diseases of the Massachusetts General Hospital 5,000 cases of eczema, of which 1890 occurred in children of ten years of age and under, as by accompanying table :

Within the first year of life.					569 cases.
Between 1	and	2	years	of age	286 —
—	2 —	3	—	—	280 —
—	3 —	4	—	—	198 —
—	4 —	5	—	—	144 —
—	5 —	6	—	—	118 —
—	6 —	7	—	—	93 —
—	7 —	8	—	—	76 —
—	8 —	9	—	—	66 —
—	9 —	10	—	—	60 —
				Total.	1,890 cases. »

The most that is generally claimed in the way of its hereditary character is that a tendency of some sort towards its development in progeny is transmitted. Some may be satisfied whith regarding this as an independent entity, while one national school prefers to consider it as a part of a series of vicious qualities, and to call it, accordingly, an expression of the dartrous, or gouty, or rheumatic, or other diathesis. These seem to me to be entirely unproven and unnecessary assumptions, and if there had ever been in fact that would-be, suddenly perfected pair, known as Adam and Eve, developed that is without a possible ancestral taint, I believe that they might have had an eczema as likely as we, their descendants, who sit here today. I will admit that one person may have a skin more liahle to become inflamed in an eczematous way than another, possibly also because his parents did before him, or that, in other words, eczema shows itself more frequently in some families than in others, just as « colds », etc., do, but in no other sense is it in my opinion an hereditary disease.

Cancer. — That cancer, using the title in a general sense, is an hereditary affection of human tissues, is satisfactorily established by surgical statistics. The proportion of cases in which it has previously occurred in some member of the family, near or remote, in the experience of well known surgeons, is as follows : Paget 1 in 3, Lebert 1 in 7 or 12, Bryant 1 in 10, Velpeau 1 in 8, Sibley 1 in 10, Cocke 1 in 7. Broca reports

16 cases in a family of 27 members. These figures, although not applied to cutaneous cancer alone, indicate of course some other explanation of such marked family association than mere coincidence. The question is : what is it which is transmitted? Certainly not the disease itself, for the cases of congenital cancer on record are so extremely rare that they can hardly influence its solution. Its occurrence in childhood is also highly exceptional. It can be therefore only a disposition to the affection, which is inherited. This leads up to the inquiry as to the nature of the disease, which may possibly furnish the explanation of such a property on its part. If we admit its epithelial origin, and regard it as a simple perversion of growth of this anatomical layer, we may understand why, like the first two diseases and for the same unknown reasons, it may be under hereditary influence. A study of the course of cutaneous cancer from the beginning (and the external surface offers the best field for such observation), shows how often the disease commences with the slightest deviation from the normal condition of the epithelial structures, or from perfectly innocent structural modifications of the same. A man after middle age may have developed twenty patches of keratosis senilis upon his face and hands. Years afterwards some one or two of them may be converted into epithelioma. A sebaceous wart, or pigmented mole may after fifty years of harmless existence take on a similar transformation. A psoriasis may in rare instances give rise to verrucous hypertrophy of the palms, and these after years duration become converted into epithelioma, and later lead to generalized carcinoma and fatal results. In a paper published in 1885 (1), I gave a history of two such cases. Two years subsequently Dr. Hans V. Hebra published (2) the account of a similar instance. Recently Mr. Hutchinson of London has referred to my cases as evidence of the power of arsenic to produce carcinoma. I desire to state that I see not the slightest reason for such a deduction. If he had used the sequence of pathological changes to show that this drug is capable of exciting epidermal or papillary hypertrophy, the occurrence of such a sequel to its administration in these four isolated cases might be reckoned at the value of four drops of water in the vast ocean of negative evidence furnished by daily experience, but the epithelial transformation followed at a long interval the verrucous new-growth and the last use of the drug, and was a by no means rare termination of such formations. It is the sequence of the three affections which is so unique.

(1) Psoriasis-Verruca-Epithelioma, a sequence. *Amer. Journ. Med. Sciences.* Jan.
(2) *Monatshefte für Prakt. Derm.* January 1887.

Another disease, primarily one of the epithelial layers, which is intimately associated in its later stages with epithelioma, is melanosis lenticularis progressiva, and this, too, if not directly hereditary, is at least a strongly marked family affection. The occurence of epithelioma also after the prolonged local action of irritants, chronic inflammatory processes, ulcers, lupus, etc., is too well known to need more than a mere mention.

All these relations teach us that cutaneous cancer is a frequent secondary process, occuring, under circumstances which make the theory of an inherited dyscrasy in them at least wholly unnecessary. Such transformations, as well as most primary forms, show on the one hand the tendency of the disease to manifest itself in epithelial structures of modified and less than normal resistance, and on the other at an age when these tissues, having passed their prime, have begun to decay. So far as these favoring conditions are in themselves family or transmissible peculiarities, so far they strengthen indirectly the claim of the disease to be classed among the hereditary dermatoses.

Abnormal pigmentation. — Marked tendencies to freckling (lentigo), some forms of which are juvenile and fugitive, others more permanent, are strongly charasteristic marks of some families for many generations, as are some deeper tissue changes associated with excessive pigmentation, as colored moles, etc.

Xanthoma. — Is an affection which is often developed in successive generations. In several instances I have observed it develop upon the eyelids at about the same age in mother and daughter, generally associated with a peculiar darkening of the integument surrounding the eyes, which preceded the deeper cutaneous changes by some years. Its unbroken appearance in four consecutive generations has been noted.

Leprosy. Tuberculosis. Syphilis. — We come now to a group of three of the most important diseases, which affect mankind, and which from the earliest historical epochs have been his most destructives foes. Two of them have had periods of intensified activity, prevailing as vast national epidemics over the whole civilized world, the other has done its fatal work uniformly and incessantly, never exhibiting such extraordinary and spasmodic effects as to deserve the title of pestilence. All three of them are still powerful scourges of humanity, and prevail over all parts of the earth. One of them has been largely driven from the most civilized regions, but lurks still within their outskirts, and even in the last quarter century has desroyed a large proportion of a nation previously protected against its terrible ravages by insulation. These diseases have many properties in

common. They are slow in their development and course, and their effects upon the cutaneous tissues are manifested by the most pronounced lesions the skin is capable of exhibiting. They affect the mucous membranes, and nearly all the other structures of the body as well, showing respectively predilections for special tissues, and in time profoundly impress the whole economy. The anatomical changes produced by them in the cutaneous tissues, although not identical, are sufficiently analogous to permit their classification by pathologists in one group, and they have lately been generally placed together as chronic infections diseases. One of them has always been known to be contagious; one of them was for centuries so regarded, but later otherwise by the medical profession; and all three have until recently been considered to be preeminently hereditary. This belief has been so generally entertained, because it seemed to furnish the only plausible explanation of their universal endemic distribution and especially note worthy occurrence in families. But no one can deny that they are equally explicable on the basis of contagion. One theory is as good as the other perhaps, and neither of them has any *a priori* right of preemption. If a disease be proved to be contagious, its alleged hereditary character is certainly unnecessary to explain its endemic or epidemic occurrence, and contagion is a much more direct and easily understood method of transference from individual to individual than hereditary transmission. A disease may be, however, both hereditary and contagious, but it is far more important to recognize the latter principle than the former, because its effects are more preventable by professionnal and state control. It is unnecessary for me to add that the three diseases of which I have thus generally been speaking are leprosy, tuberculosis and syphilis, and that the alleged element of contagion in them is parasitic in its nature. Their claim to be longer considered as hereditary affections also must be necessarily greatly weakened by the establishment of their infectious character. I am myself a firm believer in the parasitic nature of all of them, in their transference from individual to individual through this element of infection, or by contagion alone, and regard their hereditary transmission also as extremely questionable. As I have no new facts in evidence to offer in support of these propositions, and as the data upon which they are accepted by some of us are familiar to all members of this congress, I may be excused from any but the briefest mention of them.

Leprosy. — It is especially with regard to leprosy that it would seem unnecessary for me to say much upon the question of its parasitic and contagious nature before this assemblage, for with the recent and exten-

ded discussions upon the subject in your Academy of Medicine all the scientific world is familiar. With the masterly and exhaustive treatise of Prof. Leloir all dermatologists are also acquainted. With us in the United States it has long been a matter of special interest. As early as 1875 in calling attention to the opinions expressed by Hansen the previous year at Bergen, and to the accounts of the ravages of the disease in the Hawaiian Islands, then becoming known especially through the surgeons of our Navy, I stated my opinion that the question of its contagiousness should be reopened; and at the meeting of the International Medical Congress held at Philadelphia in 1876 I again called the attention of the Dermatological Section to the subject. In 1882 I read before the American Dermatological Association a paper (The Question of Contagion in Leprosy), based upon accounts of the disease in the Sandwich Islands and in several small foci in North America, recently made known, which offered peculiarly favorable conditions for a fresh study of the question on virgin soil, and expressed the following conclusions : Leprosy has spread under recent observation, when introduced into a previously unaffected stock, in so rapid and general a way as to prove that it may diffuse itself universally through a nation independently of the action of hereditary tendencies. The history of the affection leads to the strongest conviction that it is communicated from person to person directly, while the peculiar customs in Hawaii offer a satisfactory explanation of its unparalleled spread. The history of the little centre of disease in Louisiana, watched fortunately from its very beginning, leads to the same conclusion that it affects persons not under any law of heredity, but through the intimacy of personal relationship, the customs and morals determining largely the rapidity and universality of its spread. So, too, syphilis abstracted from its venereal relationships could exist as a disease. Take away from it its characteristic initial lesion and give it a greatly prolonged incubative stage, the difficulty of determining the circumstances of inoculation would be as great as in leprosy... That syphilitic parents may beget children free from the disease, and that syphilitic patients may live for years amidst their family, and relatives, and friends, and yet not inoculate them, is as strong proof of the non-contagiousness of syphilis as similar negative facts, so often cited with regard to leprosy, are acceptable evidence of the non-inoculability of the latter affection.

Since then I have seen only reasons to remain confirmed in these opinions. It seems to me that it is no longer necessary to defend the doctrine of contagion, the evidence offered against it being wholly regative in character. X, a leper, lies in a hospital bed next to Y, with syphilis. Their

skins are abundantly occupied by the lesions of the respective affections in all stages of development. Wardtenders, nurses, and physicians care for them with like indifference for months, and ordinarily with no ill results to themselves. The same patients live for years, it may be, in the same condition with their wives, and yet the latter may not contract the disease. On such negative evidence both affections should equally be pronounced non-infectious. The question is no longer is leprosy contagious; it is what evidence is there that it is hereditary?

We may reply that observation of the latest and greatest exhibition of the power of the disease has shown that it may do its worst upon mankind without the possibility of inherited influence; that no case of congenital leprosy has been observed; that evidence is wanting that a child born of leprous parents has ever been affected by the disease if removed from the parents immediately after birth to surroundings free from infection; that it often affects persons living in leprous regions, whose ancestors have not been lepers, who have even been born where the disease does not exist; that leprous parents transmit no cachexia or constitutional degeneration to their children; that it is much more difficult to prove that a disease is hereditary, than that it is infectious, as will be found when the burden of proof is thrown upon the adherents of the theory of heredity. On the other hand there is now abundant data to establish its contagious character. The sad ending of the heroic life of noble Pere Damien can no longer be quoted are an illustration against it. The demonstrated presence of a uniform bacillus in nearly all human tissues from every leper in all parts of the world furnishes the satisfactory explanation of the nature and action of this contagion. That the disease has not yet been communicated by the inoculation of this extraneous element proves only that we are unacquainted with the favorable conditions for the success of such an experiment, even if the proper opportunity of testing it were offered. This is again negative evidence, of the same sort as that which at first led pathologists to deny the existence of the bacillus in the tissues, because they did not know how to find it. It was long after the discovery of the parasitic nature of tinea favosa that experimenters learned how to transfer even this superficial disease from one person to another. We are dealing every day with infectious diseases, against which we are well nigh powerless, because we know nothing definite of the nature of their infecting properties, or of their own methods of inoculation, and yet we should consider ourselves guilty of criminal conduct, should we on this account refuse to acknowledge their contagious character. We have yet much to learn about the methods and channels of communication of leprosy, and we know nothing

at all of its primary lesion, if it have one. It may be that in some way it impresses the offspring, and we should be prepared to admit such a possibility, if we allow such power to its allied diseases, but it cannot be claimed that we have any proof of it. I believe the theory of heredity to be a very dangerous one, and, as I have expressed it in another paper, that the sterner judgment of the middle ages, which made the leper individually the responsible agent of communication rather than the progenitor, must again be adopted before the affection can be annihilated.

Tuberculosis. — Under this title I shall include all forms of changes in the cutaneous tissues which are associated with the bacillus, which Koch first demonstrated to be always present in and the cause of tuberculosis of the pulmonary tissue. It embraces the conditions of the skin long known as scrofulodermata, lupus vulgaris in all its clinical varieties, verruca necrogenica, and various forms of lesions which have properly been entitled tuberculosis cutis. The meaning of the term must be greatly broadened, therefore, to comprehend conditions of the skin and affections until within a few years held to be distinct in their nature, but which recent investigations prove to have a common origin. But why is it that this individuality is so sharply observed, and that tuberculosis of the skin, scrofuloderma, and lupus do not resemble each other more closely, or undergo mutual transformation as a rule rather than as the exception? For reasons not yet understood; but this ignorance of the laws of bacterial life, dependent upon insufficient observation, should not be used as evidence against the identity in nature of these affections, for by the same reasoning quite as diverse forms of other diseases, the unity of which no one doubts, might be separated as distinct disorders. In leprosy and in syphilis, for instance, we have a far greater diversity of tissue change, and as various and well defined varieties of clinical expression, in the latter in fact far greater differences. It seems, indeed, to be a characteristic feature of these organisms, this capability of so impressing human tissues, that they shall express their resentment of the irritating presence of the former by the greatest possible diversity of lesions. In the protean manifestations of the syphilodermata, and in the multiplicity of tissue changes in the deeper structures of the body in the same disease, we have the culmination of this power of bacilli. In leprosy and tuberculosis we have a longer period of incubation, a slower growth, a much more restricted spread, and a greater uniformity of tissue change, but in all three of these every portion of the economy may in time become involved. It is probable that the tubercle bacillus finds an unconge-

nial soil in the cutaneous tissues; at any rate it spreads from its primary point of inoculation or manifestation but slowly as a rule, and is found but sparsely in lupus matter. The persistency of its growth, however, is wonderful, as it may continue to occupy a very restricted field throughout the long lifetime of its host. This tendency to confine itself within very limited areas of the corium, and the very slow rate of its progress there, even when it assumes a serpiginous type, furnish the most consistent reason for the usual preservation of its clinical form, and the escape of the system from general inoculation. This is no more remarkable than the usual confinement of the bacillus to the pulmonary tissues in tubercular consumption, or to the glandular structures for indefinite periods in scrofulosis. Students of morbid anatomy have many times solved to their own satisfaction the mystery of lupus disease, and in this or that histological element of tissue change have discovered the individual secret of its being, but wider investigations have shown that these were in no way peculiar to it, and that the products of chronic inflammatory disturbance were all that they had found. All the while lay there unseen and unsuspected the foreign elements of evil, which remained for the investigators of a very different training to disclose. So in discussing the peculiarities of tuberculosis in its various forms, we may not apply the ordinary methods of reasoning employed in departments of pathological anatomy; we have to deal with the attributes of plant life and are entering the realm of vegetable physiology, in which we have nearly all our knowledge to gain (1).

Clinical observation in the past four years has greatly multiplied the proofs of the more intimate connection of these forms. It has shown that lupus and pulmonary tuberculosis are associated in a much larger proportion than had been believed until the subject was properly investigated. Leloir states that of the seventeen lupus patients in his service at hospital Saint Sauveur during the year 1885-86, ten showed incontestable signs of pulmonary tuberculosis, and also observed the disease to extend itself from a local cutaneous form through the lymphatics and glands to the lung.

Haslund gives as the result of his observations a proportion of 60 per cent of cases of auto-infection among the lupus patients in his clinic. Observations of the synchronous occurence of lupus and other forms of skin tuberculosis, and of the latter as well with tuberculosis of the

(1) From a paper read by me at the 1885 meeting of the American Permatological Association.

lungs, in the same patient, have also been accumulating. Prof. Doutrelepont of Bonn reported at the Medical Congress in 1887 two such cases, one of which presented the three clinical forms, lupus, scrofuloderma, and skin tuberculosis. The bacillus was found in them all. I have under my care at present a young girl who presents advanced scrofuloderma upon the neck, large areas of sclerous, verrucous, and ulcerative lupus upon the face and arm, and extensive deep infiltrations of the cutaneous and sub-cutaneous tissues of the same limb, which I regard as true tuberculosis. Also another case of life-long mutilating lupus of the face and extremities in a girl, aged fifteen, terminating in gland disease and pulmonary tuberculosis. I have also recently had under observation three cases of tuberculosis verrucosa of the hands, succeeding in two of the instances prolonged attendance upon members of the family with phthisis, and in the other the protracted case of a scrofulous sore upon a sister's neck. Why is not this form to be considered the primary cutaneous lesion of tuberculosis? I have had repeated instances of dactylitis tuberculosa in children with softening and discharge followed by tuberculous infiltration of the skin on other parts of the hands and body, well explained on the theory of local reinfection. Such cases could of course be largely multiplied by appealing to the personal experience of all who hear me. They will serve my purpose, as well as more, however, to show that intermediate forms of tuberculosis of the skin are constantly occurring, which fill up the gaps between the three more common forms hitherto regarded as distinct, and are gradually obliterating their claims as individual affections. If we arrange the cutaneous manifestations occurring in all these typical and intermediary clinical forms in a systematic manner, we find that we have the following instructive *ensemble:* Preliminary and persistent stages of erythema, followed by deep infiltrations of corresponding size and hyperaemic elevations, ranging from small papules to tubercles of large size, which may gradually undergo absorption and leave atrophied scars, or soften and remain in conditions of discharge and open ulceration indefinitely, destroying by serpiginous progress large extents of integument, and terminating in depressed or hypertrophied scars. Firm and densely sclerous infiltrations without marked tumidity, and verrucous outgrowths, not tending to secondary changes. Forms of flattened papilloma-like hypertrophy of extremely slow development. Ulceration and destruction of the skin overlying glands primarily affected. Deep and prominent, circumscribed nodular infiltrations often of considerable size (gummata), leading to destructive softening and ulcers of indolent type. Tumidity and breaking down of the integument cover-

ing phalanges and primary affections of the larger bones and joints as well. We have thus a multiform series of cutaneous lesions, closely resembling in type and course those which characterize the other members of the group, leprosy and syphilis. If we are prepared to accept this mutual relationship of cutaneous manifestations in all these clinical varieties as a unit, as in the affections last named, and admit their identity with tuberculosis of internal organs, we may then consider the question of heredity as applicable to all forms alike.

That general or pulmonary tuberculosis is hereditary and transmissible has been commonly accepted as a perfectly settled fact, as it seemed to furnish the only plausible ground for its marked concurrence in families. It has never been denied, however, that it might develop independently of inheritance. When its bacillous nature was recognized, it furnished a satisfactory explanation of the occurrence of the latter class of cases. But it also raises the question, if it will not likewise account for cases hitherto regarded as hereditary, that is for every case. Admitting the infectious character of tuberculosis in any form at all, and the capability of transference from person to person by direct contagion or inoculation, is the theory of hereditability longer necessary ? *A priori* we cannot deny the possibility of intra-uterine infection, even if the connection between mother and foetus is so little directly intimate, nor of the preceding bacillous inoculation of ovulum or the male germ. The burden of proof in this question should, it seems to me, as was said of leprosy, be transferred to the advocates of the hypothesis of heredity. As to the transmission of a predisposition which shall render a person more liable to the disease after birth, but which is not the disease and requires a fresh infection to make such peculiar fertility available, that is a nicety in the problem of heredity which I cannot appreciate, considering that the bacillus of every form of tuberculosis is readily received and developed in the normal tissues of perfectly healthy animals. So, too, with regard to some tissue changes of childhood regarded as the indirect result of tuberculosis, and not tuberculosis itself.

M. Francis Galton in his recent interesting work on Natural Inheritance gives the history of sixty-six marriages in which one of the parents had « consumption ». There resulted from these unions 413 children, of which number 107 had, or were suspected to have, consumption, equal to 26 per cent. Inasmuch as its prevalence in the general population is 16 per cent, his inference is that this increase in rate may be fairly attributed to the greater chances of infection in such families. He found, too, that when the mother was the consump-

tive parent, the proportion of consumptive children was larger than when the father was the affected parent, which he explains by the fact that during infancy the child « lies for hours daily in its mother's ams, and afterwards lies much by her side, breathing the tainted air of her sheltered rooms. » If the infant may acquire the disease from the milk of tuberculous cows, why not also from that of its diseased mother? We may not claim then that any case of cutaneous tuberculosis in any form is inherited until every possible source of extrauterine infection has been eliminated.

Syphilis. — It might not seem unreasonable that we should approach the consideration of the nature of syphilis in its relations to our subject with the certainty of finding well established data and the absence of conflicting opinions, so prominent in recent discussions of the last two members of this group of affections, for syphilis has been the constant study of special investigators and practitioners for centuries, and its literature, compared with that of any other disease, is enormous. But we find, alas! even a more conspicuous lack of positive data, a greater conflict of views. I have nothing to add to the small store of the former, and shall not attempt to increase the confusion which characterizes the latter, especially upon this classic battlefield of syphilographers.

One may say that it is universally admitted that syphilis is contagious, but that the nature of the contagium is not yet satisfactorily established. That it will be eventually demonstrated to be a parasitic disease, I have not the slightest doubt. It seems to me to be the only possible explanation of its close analogies with leprosy and tuberculosis, of its lesions, tissue changes, course and history, and of the control we exercise over it by therapeutical remedies. It is admitted to be an hereditary disease, that is using the term in a general sense. It is admitted that the sperm cell, being syphilized, may eventuate in a syphilitic offspring, and that the maternal cell, the ovulum, being syphilized, may produce a like result. This is certainly a transference of the disease from the male or female parent to the child. But it is contended that this is simply very early inoculation, not an instance of heredity in the strict meaning of the word, the contagium affecting the offspring before birth, just as variola may. This is a matter of definitions, and those who believe that only physiological and anatomical qualities are transmitted by heredity very properly object to its being classed as an hereditary disease. The possibility of later infection *in utero* through the blood of a syphilitic mother, or contact with semen of a syphilitic father, that is post-conceptional inoculation, is one of

the matters in dispute; certainly there is no direct vascular connection between foetus and mother. The later infection of the child on its passage through the maternal outlets is of course acquired and not hereditary syphilis.

This is a condensed but, I think, a fair statement of the question of the inheritableness of syphilis. Another interesting question is that of the possible inheritance of some degree of protection or immunity against the disease, or at least against its most active virulence through ancestral syphilization. In support of this view it is offered, that a second infection of an individual is milder than the first, and that the disease acquired in countries where the population as a whole is supposed to have been syphilized is less severe than if contracted where it has been of recent introduction, and that it is most virulent among virgin, insular races. These theories fairly belong to our subject, but they rest upon too unsatisfactory data for serious consideration at present.

In bringing this paper to a close I would express my own appreciation of its many shortycomings. I had hoped to present possibly some more enlightened and definite views upon the subject than those generally held by our profession, but I find that data of reliability and exactness, upon which such a revision of opinion should be based, are extremely rare. An attempt to penetrate the great mystery which obscures many of the fundamental laws of inheritance was, of course, not my intention. The imperfect presentation of the subject may, perhaps, receive the charitable construction, that it is in some measure a fair expression of our little knowledge concerning it.

I beg to offer the following conclusions :

1. That the transmission of cutaneous peculiarities is characterized by limitations similar to those which govern the development of some physiological traits and all other hereditary forms of disease.

2. That certain variations in the epithelial structures of the skin and its appendages are especially liable to transmit themselves from individual to individual. These conditions may be regarded rather as deformities than true disease.

3. That certain tendencies of the skin to assume diseased states through life may be transmitted.

4. That a more intimate knowledge of the etiology of some important affections, long regarded as the most conspicuous examples of hereditary disease, may furnish a more satisfactory explanation of their occurence.

5. That the list of dermatoses positively demonstrated to be hereditary is very small.

6. That hereditary defects and diseases of the cutaneous tissues vanish after a few generations at most, and the skin tends to perpetuate itself always true to its highest standard of fairness and health.

VI. Anatomie pathologique et nature de la maladie du mamelon, dite maladie de Paget,

par M. Louis Wickham,

Interne à l'hôpital Saint-Louis.

Depuis les travaux de M. Darier, on doit considérer la maladie de Paget comme une affection chronique *parasitaire* du mamelon et de l'aréole, suivie de la formation d'un cancer. Nous avons l'honneur de présenter au Congrès, sur ce sujet, une série de dessins et de préparations histologiques qui indiquent les principaux résultats de notre étude (1). Les recherches ont porté sur six pièces obtenues par amputations ou par biopsie. Nous les devons surtout à la libéralité de nos chers maîtres, M. Vidal et M. Hallopeau.

Voici les moulages de trois de ces cas. Celui-ci appartient à M. Vidal (2). Les deux autres sont à M. Hallopeau (3). L'un de ces deux moulages provient d'une malade que M. Lailler a soignée pendant un an. Cette malade, que nous avons l'honneur de présenter, appartient à M. Darier. La lésion dont elle est atteinte depuis dix ans est absolument caractéristique, et ce que l'on connaît de cette affection permet à première vue d'en faire aisément le diagnostic. On ne peut s'y tromper, c'est une maladie de Paget. Dans ce cas, la netteté particulière des bords, leur disposition polycyclique éloigne toute confusion d'avec l'eczéma. Notons que, malgré leur grande étendue, leur ancienneté, les lésions sont demeurées superficielles et n'offrent ni ulcérations végétantes, ni traces de néoplasie profonde.

C'est sur un fragment de peau obtenu chez cette malade par biopsie que la découverte du parasite a été faite. Les préparations nous ont été confiées.

(1) Voir les planches annexées à notre mémoire sur la maladie de Paget, dans les *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique* (numéro de janvier 1890).

(2) Musée de l'hôpital Saint-Louis, nº 1160.

(3) *Idem*, nº 1339 et 1355.

Il nous paraît bien établi, par ces moulages et par la lésion même qu'offre cette malade, que nos recherches ont porté sur des cas typiques et indiscutables.

C'est *Paget* (1) qui le premier, en 1874, a appelé l'attention sur cette affection spéciale du sein confondue jusqu'alors soit avec les eczémas, soit avec les cancers. Les études nombreuses faites surtout en Angleterre et en Amérique, ont parfaitement établi depuis plusieurs années, l'entité de cette maladie, à laquelle fut donné le nom de « *Paget's disease of the nipple* ». Mais, au point de vue de la pathogénie et de la nature, les recherches histologiques n'avaient pas abouti à des résultats décisifs. Plusieurs hypothèses avaient été successivement émises; pour les uns, il s'agissait simplement d'un *eczéma chronique suivi d'épithélioma* selon la loi du « *locus minoris resistentiæ* ». Pour d'autres, c'était un *épithélioma dès le début*, *suivant un type spécial*. Enfin *Thin* et ses partisans voyaient dans cette affection une *dermatite papillaire maligne*.

Tel était encore, il y a peu de temps, l'état de la question.

Notre cher maître, M. Hallopeau, particulièrement frappé de la netteté de l'extension excentrique et progressive de cette affection et soupçonnant sa nature parasitaire, nous avait, à plusieurs reprises, vivement engagé à y rechercher l'existence de parasites.

Cette découverte vient récemment d'être faite. Dans la séance du 13 avril 1889 de la Société de Biologie, M. Darier a pu démontrer que la maladie de Paget est due à des *parasites* de *l'ordre* des SPOROZOAIRES, du groupe des PSOROSPERMIES.

Voici les passages principaux de sa communication :

« Si l'on prend, dit-il, au niveau de la surface malade, des squames épithéliales et qu'après les avoir dissociées en lambeaux dans une goutte d'eau, ou mieux dans la solution iodée, on les porte sous le microscope, on constate, sans autre préparation, l'existence au milieu des cellules épithéliales et souvent dans leur intérieur même, de corps ronds entourés d'une membrane réfringente à double contour.

« Ces corps ronds existent, non seulement à tous les étages du revêtement cutané, mais aussi dans les prolongements de l'épiderme que constituent les canaux glandulaires.

« Quand le cancer s'est établi, on retrouve dans les différents lobes et boyaux épithéliaux de ces mêmes corps particuliers.

« Les différents états sous lesquels on les rencontre correspondent assez bien aux stades d'évolution des psorospermies en général. Ils paraissent être d'abord formés d'une masse de protoplasma, munie ou

(1) Paget. Saint Barth's Hosp. reports, page 87.

non d'un noyau, qu'il est fort difficile de distinguer des cellules épithéliales, si ce n'est par l'absence des filaments d'union; bientôt, cette masse s'entoure d'une membrane à double contour et le protoplasma subit une segmentation d'où résulte la formation de corpuscules nombreux; l'organisme se présente alors sous l'aspect d'un kyste sporifère. »

La connaissance de ces faits autorisait une nouvelle étude de l'histologie même des lésions; c'est la tâche que nous nous sommes proposé. Des psorospermies, nous aurons peu de choses à dire, car ce qui ressort de notre étude à cet égard (on peut s'en rendre compte sur les préparations et les dessins que nous avons l'honneur de présenter) concorde en tous points avec les descriptions que nous venons de rappeler.

Les pièces histologiques ont été fixées au bichromate de potasse, à l'acide picrique, à l'alcool, à l'acide osmique. Ce sont le bichromate, et l'acide picrique qui ont donné les meilleurs résultats.

Il importe, avant tout, dans l'étude de cette affection, de *séparer très nettement le cancer* des *lésions de surface* d'aspect eczémateux qui précèdent la néoplasie de quelques années. A leur périphérie, ces lésions de surface offrent des caractères particulièrement instructifs. On voit sur les coupes une élévation extrêmement brusque de l'épiderme ; ce qui concorde fort bien avec le léger bourrelet périphérique qu'on retrouve sur le vivant. Mais on est surtout frappé de la présence de nombreuses psorospermies aux divers étages de la couche de Malpighi. L'abondance des parasites dans cette zone d'envahissement est caractéristique. Les corps ronds qui les représentent, offrent des dimensions variant du volume de une à plusieurs cellules de Malpighi, et se distinguent clairement des éléments voisins. Ils se présentent aux divers stades de leur évolution, les uns offrant un enkystement parfait, tandis que d'autres ont des contours irréguliers et moins nets.

Autour des psorospermies, les cellules malpighiennes sont un peu tassées, mais ne présentent pas d'altération de structure. Dans le corps muqueux à ce niveau, on ne trouve nulle part de vésiculation ou de dégénérescence. Les cellules sont parfaitement saines. Leur nombre est seulement augmenté, ce qui épaissit l'épiderme de moitié environ. Les prolongements interpapillaires sont allongés. Signalons la présence de quelques cellules migratices isolées et dans la couche cornée une tendance à la desquamation, qui se manifestera plus complètement aux régions plus malades.

Quant au *derme*, il est enflammé. Les papilles allongées et un peu élargies offrent des capillaires dilatés et un grand nombre de cellules embryonnaires. Celles-ci abondent dans la partie supérieure du chorion

et constituent une épaisse couche inflammatoire. Dans la profondeur, les vaisseaux sont dilatés et entourés de cellules embryonnaires.

Ces diverses lésions inflammatoires d'ordre secondaire, dues à la présence des psorospermies, sont ici peu intenses, elles s'offrent au premier degré. Les parasites n'ont pas encore déterminé cette réaction si vive que nous allons rencontrer en deçà de la zone d'envahissement. En se rapprochant du centre, on trouve, en effet, des régions où l'inflammation est violente.

Quelques points même vont jusqu'à l'exulcération et présentent des caractères spéciaux. Nous les considérons comme formant *le deuxième degré de la maladie de Paget.*

A ce degré, la couche cornée et les couches supérieures du corps muqueux n'existent plus. Il ne reste à l'épiderme que deux ou trois rangées de cellules très altérées dans leur forme et leur structure. On ne distingue plus la régularité de leur agencement. Elles sont augmentées de volume et ont perdu leurs filaments d'union. Ici encore les psorospermies abondent. Leur siège, assez fréquemment dans la couche basale ou génératrice du corps muqueux, comporte une signification importante, elle permet d'expliquer cette destruction même de l'épiderme. La limite inférieure du corps muqueux ne se distingue presque plus. Les papilles sont en partie effacées, et dans le corps papillaire il existe une couche extrêmement épaisse de cellules embryonnaires qui, au niveau de l'épiderme, se mêlent aux cellules malpighiennes. Dans le chorion très épaissi, les vaisseaux dilatés sont entourés d'épais manchons de cellules embryonnaires. Le stroma du derme est normal dans son quart inférieur; mais, dans sa partie supérieure, il offre un tissu d'aspect fibreux embryonnaire, composé de faisceaux transversaux et tous parallèles entre eux, grêles et séparés par un nombre considérable de cellules plates ou fusiformes.

Un des caractères principaux de cette maladie, est la *rétraction précoce* du *mamelon.* Elle est due, comme l'a remarqué M. Vidal, à d'épaisses travées conjonctives qui indiquent un certain degré de sclérose. Notre cher maître insiste aussi sur l'état grenu ou finement mamelonné de la surface malade. Ce fait nous paraît manifestement dû à ce que les lésions au premier et au deuxième degré, d'épaisseur fort inégale, sont, par places, très finement entremêlées.

En dehors de ces lésions, nos coupes nous ont montré quelques régions intéressantes à plusieurs titres. Ce sont des points où l'inflammation intradermique, extrêmement intense, correspond à un épiderme relativement sain, augmenté de volume, il est vrai, présentant des prolongements interpapillaires accentués, quelques cellules migratrices, mais n'offrant

aucune altération des cellules mêmes, et, chose importante, fort peu de parasites. Il faut voir, dans cet état, une régénération due à la réaction des tissus vis-à-vis des psorospermies qui se sont peu à peu éliminées. Ce sont des points relativement en voie de guérison. Ils paraissent correspondre, sur le vivant, aux petites surfaces lisses et sèches, pseudo-cicatricielles, qu'on y trouve.

Partout où le corps muqueux s'invagine, nous avons retrouvé des psorospermies nombreuses, accompagnées d'un certain degré d'irritation. Aussi, les glandes sudoripares et sébacées, les conduits galactophores, nous ont toujours paru être le siège d'une vive inflammation et d'une prolifération active.

A un degré de plus d'irritation, les cellules muqueuses et glandulaires se désorganisent et se transforment; c'est le premier stade de l'épithélioma qui constitue le troisième degré de la maladie de Paget. Nous allons en aborder l'étude.

Le *cancer* peut débuter dans l'épiderme ou dans les glandes et leurs conduits. A l'épiderme, les cellules qui ont perdu leur forme, leur agencement régulier et leurs filaments d'union, se modifient plus complètement et se présentent sous l'aspect de petites masses protoplasmiques, irrégulières. Dans cet état de cellules atypiques revenues à leur état fœtal, elles prolifèrent largement et peuvent envoyer dans le derme des prolongements épithéliaux. Aux glandes, sous l'influence de la prolifération active, les parois se rompent et le tissu conjonctif est envahi.

Quel qu'ait été son point de départ, une fois établi, le cancer offre des caractères importants. Il revêt toujours le type pavimenteux, mais sa forme varie. M. Vidal insiste sur ce fait : tantôt il est lobulé; tantôt, il présente la variété alvéolaire ou tubulée.

Mais, nous appelons tout particulièrement l'attention sur le fait suivant: partout où on examine à un fort grossissement les lobes et les tubes épithéliaux, on rencontre des psorospermies à divers stades d'évolution.

Dans la maladie de Paget, le parasite semble, en effet, avoir constamment présidé à l'évolution des diverses lésions. Son influence sur le développement de l'épithélioma nous paraît bien certaine.

Ces faits conduisent tout naturellement à l'hypothèse si discutée de la nature parasitaire du cancer en général, mais nous ne devons pas ici aborder ce sujet.

Quelques mots nous restent à dire des parasites que nous avons rencontrés. Leurs formes bien enkystées, des stades avancés, sont rares, relativement à l'énorme quantité de psorospermies moins nettes qui infiltrent les tissus. C'est là, selon toute vraisemblance, la raison de l'ignorance dans laquelle on est longtemps resté à leur égard.

Ce sont ces formes moins nettes, dont quelques-unes ressemblent, il est vrai, à des cellules épithéliales altérées, qui ont été décrites comme des cellules dégénérées, ou en voie de prolifération endogène. On trouve entre autres, dans un travail de Butlin de 1877, une figure représentant selon nous des psorospermies, mais interprétée par l'auteur dans le sens d'une formation endogène. Nous pensons que les formes nettes que nous avons eues sous les yeux ne laissent aucun doute sur l'interprétation réelle à donner aux autres corps.

Des inoculations expérimentales ont été essayées sans résultat. Mais les cultures de squames sur sable humide ne sont pas restées indifférentes. Au bout de seize jours, tandis que les divers éléments se sont modifiés par macération et ont perdu la netteté de leurs contours, les psorospermies se sont au contraire parfaitement conservées. Leur protoplasme s'est rétracté au centre. La paroi kystique est restée brillante et très nette.

De l'ensemble des faits qui précèdent, il ressort que la maladie de Paget est bien nettement définissable et qu'elle mérite désormais d'être classée dans le groupe des affections parasitaires.

Avant de terminer, nous devons ajouter que le traitement par la poudre d'iodoforme et l'emplâtre de Vigo a eu, chez la malade de Darier, une excellente influence. La progression excentrique s'est arrêtée. Les exulcérations se sont en partie cicatrisées; enfin, nous insistons sur ce fait, les squames, autrefois remplies de parasites, en contiennent beaucoup moins. Il y a lieu d'espérer que la guérison de cette maladie, considérée jusqu'à présent comme incurable, deviendra un jour possible par l'emploi, dès les premières atteintes du mal, d'un agent destructeur du parasite.

VII. — Des psorospermoses cutanées,

par M. le Dr Darier,
Chef du Laboratoire de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

La communication de M. Wickham, que vous venez d'entendre, confirme le fait que j'ai annoncé, le 14 avril dernier, à la Société de Biologie, à savoir que la maladie de Paget est causée par des psorospermies. Elle doit donc être rangée dans un groupe nouveau de maladies parasitaires auquel convient le nom de *psorospermoses cutanées.*

Des recherches antérieures (1) m'ont permis de découvrir une autre

(1) *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 23 mars 1889.

maladie qui fait partie du même groupe, maladie que j'ai appelée *psorospermose folliculaire végétante*. Mon travail sur ce sujet venant de paraître (1), j'ai l'honneur de présenter au Congrès l'un des deux malades sur lesquels j'ai basé mon étude.

Voici un homme de quarante-deux ans, relieur, atteint depuis sept ou huit ans de l'affection cutanée actuelle, laquelle a débuté insidieusement et s'est progressivement aggravée, surtout depuis deux ans. L'éruption, qui est presque généralisée aujourd'hui, est confluente particulièrement au cuir chevelu, au sternum, aux aisselles, et au dos. En ces points, on trouve des croûtes brunâtres, plus ou moins grasses au toucher, formées par une série d'aspérités irrégulières et assez adhérentes à la peau.

L'élément éruptif, là où on le trouve isolé, est constitué en apparence par une papule surmontée d'une croûte ; quand on enlève celle-ci, on reconnaît qu'il s'agit, non d'une croûte, mais d'une petite corne obtuse, plongeant dans un orifice folliculaire dilaté, par une extrémité plus molle et d'aspect sébacé. Les bords de l'orifice sont un peu surélevés et papuleux. Aux aisselles et surtout dans les régions inguinales, se trouvent des éléments plus volumineux, conglomérés, formant par leur réunion de véritables tumeurs bosselées, lesquelles sont aujourd'hui excoriées à leur surface (2).

Le second cas de cette maladie que j'ai observé est celui d'une femme de trente ans, malade depuis trois ans seulement, et offrant un aspect clinique identique, sauf les tumeurs inguinales qui faisaient défaut. Ainsi que l'homme que je présente, elle répandait une odeur sébacée fétide.

J'ai donné, dans mon mémoire des *Annales de Dermatologie*, la description histologique détaillée des lésions. Je signalerai seulement ici que la maladie est due à des parasites spéciaux, qui apparaissent sous forme de corps ronds, nucléés et entourés d'une membrane épaisse, situés dans l'intérieur des cellules épithéliales dont ils refoulent le noyau. On les trouve en énorme abondance dans le fond de la cupule résultant de la dilatation du follicule; le bouchon corné lui-même est en grande partie composé de ces parasites, mais ils sont transformés, à ce niveau, en grains réfringents et durs.

Il est parfaitement inutile d'exposer ici des arguments pour prouver

(1) *Annales de Dermatologie*, 25 juillet 1889.

(2) On trouvera la description clinique complète de cette maladie dans la thèse de M. Thibault (*Observations cliniques pour servir à l'histoire de la psorospermose folliculaire végétante* de Darier). Voir aussi au Musée de l'hôpital Saint-Louis les pièces moulées n°s 879, 1181 et 1343.

qu'il s'agit bien de parasites. Il suffit d'un simple coup d'œil sur mes planches, ou mieux sur les préparations que l'on peut faire extemporanément en dissociant le contenu d'un follicule dont on a arraché le bouchon corné, pour être convaincu qu'il ne peut être question d'une dégénérescence ou d'une altération cellulaire. Quant à leur place dans la série des êtres, M. Malassez, et les maîtres les plus experts dans la connaissance des organismes inférieurs, tels que MM. les professeurs Balbiani et Giard, m'ont affirmé qu'on devait les ranger dans le groupe des coccidies ou psorospermies, qui fait partie de la classe des sporozoaires.

J'ai dit que j'avais observé deux cas de cette maladie. En existe-t-il d'autres dans la littérature? Je ne saurais l'affirmer, personne n'ayant décrit avant moi les corps ronds et les grains dont je viens de parler. S'il y en a des exemples, on devra les chercher parmi les cas publiés sous les noms d'hypertrophie du système sébacé (Lutz), d'ichthyose ou kératose sébacée (E. Wilson, G. Elliott), d'acné cornée (Guibout), de kératose ou ichthyose folliculaire (Lesser, Morrow, Neely et, tout récemment, J. White).

Si l'on ne peut se prononcer pour ces cas anciens, le diagnostic de la psorospermose folliculaire sera à l'avenir facile. La recherche des parasites dans une dissociation lèvera tous les doutes.

Je n'ai rien à ajouter à ce que vient de dire M. Wickham sur la *maladie de Paget*. C'est incontestablement une seconde forme de psorospermose, cliniquement bien différente de la précédente, et qui est due à une autre espèce de parasites du même groupe.

Mais ce n'est pas tout. On sait que les recherches qui se poursuivent actuellement, aussi bien en France qu'en Allemagne, tendent à établir que le *molluscum contagiosum* de Bateman (acné varioliforme de Bazin) est dû également à des sporozoaires. Sans aller plus loin que Neisser dans les conclusions de son travail récent (1), on devra admettre que l'interprétation qui fait des corpuscules de molluscum un élément parasitaire est, sinon démontrée, au moins assez probable. Ce serait donc là une troisième psorospermose.

Chez les animaux, les maladies causées par les organismes de cet ordre sont très nombreuses, mais il m'est impossible d'insister sur ce sujet; je me bornerai donc à citer la psorospermose du foie du lapin, où des coccidies envahissent les voies biliaires, et cette singulière affection des oiseaux, appelée molluscum contagiosum (Geflügelpocke).

(1) Neisser. Uber das Epithelioma (sive Molluscum) contagiosum. *Vierteljahrssch. f. Derm.* 1888, 4, p. 553.

Il est possible enfin que le rôle pathogénique des sporozoaires, chez l'homme lui-même, soit bien plus considérable qu'on ne le le pense. On a constaté depuis longtemps déjà, la présence, dans beaucoup d'épithéliomes ou cancers, de corps analogues à ceux que j'ai signalés dans la psorospermose follicullaire et dans la maladie de Paget. Virchow (1) les a vus et figurés sous le nom de *physalides* et les a considérés comme résultant d'une formation cellulaire endogène. Mon maître, M. Malassez, en a observé dès 1876, sous forme de corps cellulaires, granuleux ou réfringents, parfois encapsulés et présentant une certaine analogie avec les psorospermies bien connues du lapin. M. Albarran (2) en a montré à la Société de Biologie deux exemples probants; j'en ai vu moi-même dansmes coupes de tumeurs épithéliales de toutes provenances. Ces corps ont été confondus avec des cellules épithéliales altérées; ou bien, quand on a reconnu leur véritable nature, on n'osait attribuer aucune valeur précise à ces organismes qui, d'ailleurs, il faut bien le dire, se présentent souvent dans les tumeurs sous une forme variable et douteuse. Je crois cependant que la comparaison avec les psoropermoses actuellement connues permet de faire un pas de plus et jette un certain jour sur cette question.

Je ferai remarquer, en effet, que la psorospermose folliculaire végétante s'accompagne, son nom l'indique, de végétations papillomateuses parfois énormes des parois du follicule; que des productions analogues, signalées par Leukart, se produisent dans la psorospermose du lapin; que dans le molluscum contagiosum, il y a une prolifération épithéliale justifiant le nom d'*epithelioma contagiosum*, sous lequel il est décrit en Allemagne; que dans la maladie de Paget, enfin, on voit naître un épithélioma véritable aux dépens des prolongements de l'épiderme envahi par les psorospermies. Il semble donc que ces parasites peuvent provoquer, de la part du tissu épithélial, une réaction proliférative qui atteint parfois un degré considérable.

Mais on ne saurait être trop prudent dans une question d'une telle importance; ce côté du sujet réclame des recherches nombreuses et prolongées, car on peut dire que tout ou presque tout est encore à faire. Il faut s'en tenir aux faits établis, sans se laisser entraîner à des hypothèses qui seraient sans doute hasardées dans l'état actuel de nos connaissances.

Je me bornerai donc aux conclusions suivantes :

1° Il existe chez l'homme un groupe de maladies cutanées parasitaires

(1) Virchow. *Pathologie cellulaire*. Trad. franc. 1861, p. 337 et fig. 125.
(2) *Soc. de Biologie*, 6 avril 1889.

dues à la présence dans l'épiderme de parasites de la classe des sporozoaires, maladies qui méritent par conséquent le nom de psorospermoses

2° On doit aujourd'hui ranger dans ce groupe la psorospermose folliculaire végétante, la maladie du mamelon dite de Paget et peut-être le *molluscum contagiosum*. L'avenir montrera s'il n'existe pas d'autres affections qui doivent y être rattachées.

M. J. White : Je déclare en effet, après avoir vu ce malade, que le cas que j'ai publié sous le nom de *kératose folliculaire* était identique à celui-ci. L'affection était plus développée encore chez mon malade, étant d'ailleurs plus ancienne, elle datait de vingt-deux ans. Quant au résultat de l'examen microscopique qui fut fait par M. Bowen, les lésions trouvées furent les mêmes, à l'exception des psorospermies qui pouvaient y être, mais que nous ne savions pas reconnaître.

M. C. Boeck : Je veux aussi mentionner, que j'ai traité cette année deux cas de cette maladie si rare dans l'hôpital de l'université de Christiania. C'étaient deux hommes, dont l'un avait déjà été présenté à la société médicale de Christiania par mon prédécesseur, M. Bidinkap, dans l'année 1883. J'ai aussi étudié l'histologie de la maladie, et j'ai trouvé tout à fait la même chose, qu'on trouve ici si bien dessinée dans le mémoire de M. Darier. Quant à la symptomatologie clinique, je veux me permettre d'insister sur un symptôme, qui n'a pas été mentionné aujourd'hui, l'*affection des ongles*, qu'on peut observer chez le patient de M. Darier aussi. Il est bien possible, que cette affection des ongles soit un symptôme secondaire, mais néanmoins elle appartient à la caractéristique clinique de la maladie.

Pour la thérapeutique de cette affection rebelle, je n'ai trouvé parmi entre les nombreux remèdes que j'ai essayés, rien de si efficace qu'une solution de nitrate d'argent jusqu'à 1 0/0, appliquée comme épithème recouverte d'une étoffe imperméable.

M. Leloir : A propos de la très intéressante communication de M. Darier, qu'il nous soit permis de présenter au Congrès des planches représentant les lésions histologiques de l'acné varioliforme, telles qu'elles sont représentées dans le *Traité descriptif des maladies de la peau*, que je publie en ce moment en collaboration avec M. Vidal.

Ces planches ont été faites en 1880, elles ont été reproduites par MM. Cornil et Ranvier, auxquels nous les avons prêtées, dans leur *Manuel d'histologie pathologique*.

On y voit, très nettement indiquées, des cellules renfermant probablement des psorospermies. Dès 1879, mon ami le Dr Malassez avait attiré mon attention sur l'importance, dans la production de l'acné varioliforme, de ces cellules particulières, étudiées ensuite par Bollinger, Neisser, Darier et nous.

Quand nous avons fait faire ces planches, nous avons cru qu'il s'agissait là d'une altération particulière, sans penser aux psorospermies que Virchow, le premier, a décrites, dans cette affection, et qui ont été ensuite l'objet d'études beaucoup plus complètes de la part de Bollinger, dont on ne mentionne pas assez les travaux; de Neisser, etc.

Depuis le mémoire de Bollinger, de Neisser, nous avons plutôt de la tendance à faire de cette altération d'ordre extra-cellulaire, une affection d'origine psorospermique.

M. Török : Je me permets de dire quelques mots à propos de la contagiosité du molluscum mentionnée par M. Darier.

J'ai fait des investigations sur ce point avec mon ami le Dr Tommasoli. Nous croyons que les corpuscules homogènes du molluscum contagiosum ne sont pas des parasites. Notre opinion est basée sur les faits suivants.

1. Nous avons examiné ces corpuscules pendant quelques semaines, pendant plus d'un mois et nous ne les avons pas vu bouger. Nous les avons tenus à une température de 35-37 degrés, nous les avons observés dans la même température sous le microscope, — nul mouvement ne se produit, ils ne se divisaient, ne se multipliaient pas.

2. L'examen histologique nous donne aussi quelque appui. Neisser a donné la description de certaines granulations qui se trouvent dans les corpuscules, qui d'après lui ne sont pas homogènes. Ces granulations, il les considère comme des spores. Or, on voit ces granulations, qui sont de grandeur et de forme différentes, surtout dans les corpuscules les plus jeunes, les plus profonds. Ce sont les corpuscules les plus vieux qui devraient contenir ces granulations, puisque ce sont toujours les parasites mûrs qui font la propagation. Ces derniers cependant sont tous homogènes.

3. Les recherches chimiques nous ont montré que la substance des soi-disant parasites montre une résistance tout à fait excessive à tous les réactifs, même les plus concentrés. Or, nous ne pouvons pas croire qu'une substance, laquelle se rapproche le plus par ses qualités de la substance colloïde, puisse avoir les mêmes qualités vitales que les substances protéiques, auxquelles nous attribuons jusqu'ici le pouvoir de produire des mouvements, de la division, etc. De plus, ces globes homo-

gènes diffèrent dans leur conduite chimique très nettement des parasites semblables, mais certains, comme les coccidies du lapin — qui, sauf leur capsule, — sont dissous dans les acides concentrés et gonflent dans les alcalis.

Nous avons fait des inoculations. Dans trois cas, une papule se produisit après quelques semaines, et s'effaça dans deux ou trois semaines. Une de ces papules fut excisée. Les recherches microscopiques n'ont pas donné d'autre résultat, que les signes d'une légère inflammation et d'un œdème très faible de l'épiderme sur quelques points.

Les tentatives de culture nous ont donné des résultats négatifs.

Tous ces faits nous montrent que ces corpuscules ne sont pas des parasites. Le *molluscum contagiosum* cependant est contagieux aussi d'après notre avis. Le contage n'est pas encore trouvé.

Je répète, que nous croyons aussi que le *molluscum contagiosum* est contagieux, mais nous ne croyons pas que les corpuscules homogènes soient des parasites. Ce sont surtout les préparations de vraies coccidies, que M. Darier nous a montrées dans son cas de psorospermose et dans la maladie de Paget, qui nous confirment dans notre opinion. Les parasites ont un aspect tout à fait différent de celui du corpuscule homogène du *molluscum contagiosum*.

M. Dubreuilh (Bordeaux) : J'ai eu l'occasion dernièrement d'étudier plusieurs cas d'une forme particulière d'épithéliome de la face, qui a été l'objet de travaux importants en Angleterre, où on la désigne du nom de *Rodent-Ulcer*. J'ai remarqué dans mes coupes des corps intra-cellulaires semblables à ceux qui ont été observés par MM. Darier et Wickham, et je crois donc qu'on peut joindre l'Ulcus rodens, des Anglais, aux épithéliomas provoqués par des psorospermies.

VIII. Note sur une observation de sarcome alvéolaire mélanique de la peau.

par MM. les Drs Petrini (de Galatz) et V. Babes,

Professeurs à l'Université de Bucharest.

Les tumeurs malignes et mélaniques de la peau ne sont pas très fréquentes.

Ainsi F.-B. Curling (1) dit n'avoir observé qu'un seul cas de cancer mélanique du scrotum.

Mais, d'après Follin (2), la peau serait un des lieux d'élection du cancer mélanique, et l'on y rencontrerait tous les degrés de cette espèce de néoplasie.

Cependant, en parlant de l'étiologie de ces tumeurs, l'auteur dit que le cancer primitif de la peau est assez rare.

Il est certain que cette rareté existe pour les tumeurs mélaniques malignes ; quant aux épithéliomes, on connaît leur fréquence.

Bouilly (3), parlant des tumeurs du scrotum, dit que les sarcomes et les carcinones sont tout à fait exceptionnels.

D'un autre côté, Paget, cité par Follin (4), sur 361 cas de cancers divers, relève 21 cas de mélanose, dont 14 avaient leur siège dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Quant aux causes de l'affection, parmi ces 14 cas, 2 pouvaient être considérés comme survenus à la suite des traumatismes.

Le cas que nous avons observé dernièrement, et qui fait le sujet de cette note, a aussi, comme on le verra, une origine traumatique, et, comme, malgré toutes les nouvelles recherches, la pathogénie de cette néoplasie laisse encore beaucoup à désirer, il est bon, au moins pour le moment, de mentionner cette cause de la néoplasie cutanée, quoique nous nous proposions de revenir, à la fin de cette communication, sur l'influence de ce traumatisme.

Comme, chez notre malade, la néoplasie a commencé probablement par la peau du scrotum, et que la plupart des auteurs sont d'accord sur la rareté de ces tumeurs dans cette région, comme d'un autre côté nous avons pu assister à l'évolution de ces tumeurs et que nous avons remarqué la marche rapide de l'accroissement de ces néoplasies, et sa généralisation sur la peau de la région pubienne, nous avons pensé qu'il était très intéressant d'étudier ce cas et de le publier.

Dernièrement à la Société de médecine de Berlin, le Dr Fürbringer (5), communiquant les pièces anatomiques d'un cas de cancer mélanique, dit que son malade, âgé de vingt-cinq ans, mourut à la suite de son affection, et que l'on trouva dans les poumons un grand nombre de tumeurs cancéreuses mélaniques; que, de plus, tout le système, sauf les os du crâne, était cancéreux.

(1) *Traité pratique des maladies du testicule*, p. 609.
(2) *Traité élémentaire de path. externe*, t. II, 1872, p. 68.
(3) *Manuel de path. externe*, p. 223.
(4) Follin, *loc. cit.*
(5) *Semaine médicale*, nº 26, du 27 juin 1888.

Comme conclusion, Fürbringer émit l'opinion que la maladie avait débuté par le système osseux.

Le professeur Virchow, qui présidait, dit à cette occasion quelques mots, que nous avons cru devoir reproduire ici. « Je crois, dit-il, comme mon collègue, que la maladie a pu prendre naissance dans les os longs; mais n'ayant pas trouvé de cas semblables dans la littérature je dois réserver mon opinion, et cela d'autant plus, que quelquefois le cancer mélanique se développe primitivement dans le tissu adipeux sous-cutané, formation analogue à la moelle des os. »

Nous devons ajouter, avant de décrire l'observation du malade, que deux semaines après sa sortie de nos salles, il a été vu par un confrère, qui nous a dit avoir observé sur la peau du ventre quelques petites tumeurs à évolution différente et ayant toujours les caractères qu'on verra ici. Voici l'observation du malade :

Le nommé M. F., âgé de trente-six ans, né dans le département d'Ilfov, marié, laboureur à la campagne, est entré dans le service d'un de nous, à l'hôpital Colentina, le 1er février 1888, et est sorti le 16 mars suivant. Le malade nous dit que son père est mort depuis longtemps et qu'il ignore la cause de sa mort. Sa mère vit encore, elle est âgée de soixante ans, mais elle est aveugle depuis une dizaine d'années. Notre malade s'est très bien porté, n'a fait aucune maladie jusqu'en l'année 1885. Il se maria en 1872, et eut cinq enfants tous bien portants, et sans aucune éruption sur le corps. Pendant l'année 1885, il lui est arrivé l'accident suivant : pendant qu'il aidait un de ses camarades à faire monter un tonneau sur une petite hauteur, il fut cogné par le timon de la voiture qui avait servi au transport dudit tonneau, juste au scrotum, qui fut déchiré en trois lambeaux, entre lesquels le testicule du côté gauche faisait hernie au dehors. De cet accident résulta une hémorragie assez abondante.

Transporté chez lui, il garda pendant trois semaines le lit, et en s'appliquant sur la plaie du scrotum quelques pommades empiriques, il fut guéri au bout de ce temps.

Jusqu'au moment de cet accident, il affirme n'avoir rien observé sur son scrotum.

Mais bientôt après la guérison il constata une certaine végétation à la partie inférieure gauche, près du sillon inguino-scrotal, et située aux environs de l'endroit lésé. Cette végétation, grosse comme un grain de maïs, était couverte par moments de squames et occasionnait des démangeaisons.

Pendant toute une année, cette végétation garda le même volume. Puis elle commença à augmenter, et, en prenant la forme d'un champignon de champ, arriva à avoir la grosseur d'une pièce de 2 francs.

Cet accroissement continua jusqu'à l'automne de 1887, lorsque apparurent sur la peau du scrotum plusieurs petites nodosités d'un bleu noirâtre et accompagnées d'une certaine douleur.

Quelques-unes de ces petites tumeurs prirent un grand développement ; ainsi une de celles qui siégeaient à la partie supérieure du sillon inguino-

scrotal gauche atteignit le volume d'un œuf de poule. La surface de ces tumeurs était sécrétante, mais les douleurs étaient moindres.

A cette époque, octobre 1887, il vint à Bucharest et se fit recevoir à l'hôpital Brancoveano, dans le service du Dr Patzelt.

Dans ce service, on lui enleva le testicule gauche, les deux tumeurs les plus grosses, et on racla les plus petites. Au bout de sept semaines, le malade quitta l'hôpital complètement guéri en apparence.

Mais bientôt après sa sortie de l'hôpital, les petits nodules, qui à la suite du raclage avaient plutôt l'aspect de petites taches bleuâtres, commencèrent à réapparaître, à s'accroître et à se multiplier en même temps.

A son entrée dans notre service, je constate :

Le malade jouit d'une bonne constitution, il est bien musclé, mais un peu maigre.

Tous les organes sont en bon état. Il n'a pas de troubles du côté de l'appareil génito-urinaire ; pas d'inappétence, pas de constipation, ni de diarrhée.

En découvrant le malade et en regardant la région inguino-scrotale et pubienne, on voit un très grand nombre de petites taches rondes, et de tumeurs variant de volume, comme nous allons le décrire, et ayant une couleur soit bleuâtre, soit d'un bleu noirâtre. Elles sont dures à la palpation, et, en prenant entre deux doigts les tumeurs arrivées à une certaine évolution, on s'aperçoit facilement que ces productions néoplasiques sont implantées dans la partie profonde du derme. Les taches que l'on observe ont une couleur ardoisée, ce qui indique le premier degré d'évolution des tumeurs plus volumineuses que nous constatons. Ces taches rondes ont le volume d'un petit grain de millet ; les tumeurs les plus grosses ont une coloration d'un bleu noirâtre.

Le nombre de ces néoplasies étant considérable, nous allons indiquer ici, par région, l'existence de ces productions mélaniques.

Dans la région inguinale gauche au-dessus d'une cicatrice, nous constatons quinze petites tumeurs réunies entre elles, et si serrées qu'on a peine à les compter. La surface de ces tumeurs présente par-ci par-là des croûtes minces d'un blanc grisâtre et sale. La couleur de ces néoplasies est d'un bleu grisâtre, elles sont dures à la palpation, non ulcérées, varient de volume depuis celui d'une graine de millet jusqu'à celui d'un grain de maïs.

A la partie supéro-interne de la cuisse gauche, on trouve sept néoplasies semblables, disposées en séries parallèles au sillon inguino-scrotal correspondant. Ces tumeurs sont en voie d'évolution primitive, et elles ne proéminent à la surface de la peau que d'un millimètre. Elles sont plutôt développées en largeur qu'en hauteur, infiltrées dans le tégument, et dures à la palpation. Leur coloration n'est pas la même ; tandis que quelques-unes ont une légère teinte grisâtre, d'autres ont un vert grisâtre. Au-dessous de ces tumeurs, on sent les ganglions lymphatiques indurés.

En descendant plus bas on voit, le long du sillon inguino-scrotal gauche, trente-huit de ces petites tumeurs mélaniques. Elles ont une couleur bleu grisâtre et bleu noirâtre, et de grosseur variable.

Quelques-unes sont réunies entre elles, et forment trois groupes sphériques, faisant saillie de 5 millimètres à la surface du tégument, couvertes en partie de minces croûtes grisâtres. D'autres ne proéminent pas à la surface de la peau, sont de la grosseur d'un grain de millet, et font corps avec le derme. Autour de ces tumeurs, on constate l'induration du tégument.

Entre la racine de la verge et la région pubienne, on trouve dix-sept tumeurs pareilles aux précédentes, et à différents degrés d'évolution. Sur la verge même, on trouve trois tumeurs semblables, mais plus petites, à l'état d'ébauche seulement.

Aussi une d'entre elles ne se distingue du reste du tégument que par sa coloration grisâtre. Ici aussi les parties situées au-dessous de ces tumeurs sont indurées, et on sent un cordon dur qui occupe une ligne du sommet jusqu'à la racine de la verge. A l'endroit où la peau de cet organe se continue avec la peau du scrotum, on trouve une tumeur mélanique grosse comme un grain de maïs.

Sur la région médiane du scrotum, nous trouvons uue série de quarante tumeurs, de diamètres variables, fluctuantes et du volume d'un grain de millet à un gros grain de maïs.

Quelques-unes de ces tumeurs constituent sur la partie médiane de la région un groupe, et par leur agglomération font saillie au-dessus du niveau de la peau d'à peu près un centimètre. Cette masse de néoplasies affecte à peu près la forme sphérique. Entre les limites de ces tumeurs, se voient quelques croûtes d'un blanc grisâtre.

Autour de ces tumeurs rassemblées en groupe, on trouve, disséminées en grand nombre, des taches bleuâtres, grisâtres, rondes, ne faisant pas de saillie à la surface, et constituant certainement l'état embryonnaire de ces néoplasies.

Les tumeurs isolées de cette région, ayant le volume d'un grain de maïs, sont dures, sphériques, bombées ; et, tout autour, le tégument est aussi induré.

A la base du scrotum, en commençant à son tiers inférieur et en suivant une ligne sur le long du raphé médian, jusqu'au pourtour de l'orifice anal, et sur les parties latérales jusqu'aux sillons fessiers, on trouve une agglomération de tumeurs, à un degré d'évolution plus avancé que les précédentes, constituant une masse remarquable de ces tumeurs mélaniques. Cette masse a comme diamètre longitudinal 9 centimètres et 7 centimètres de largeur.

Ces tumeurs ont l'aspect de grains de raisin placés les uns à côté des autres. Entre ces tumeurs, on constate des croûtes grisâtres, ce qui fait que la surface de ces néoplasies ne présente pas une coloration uniforme. Cependant à les regarder de près, on voit qu'elles ont la même coloration d'un bleu grisâtre ou noirâtre. Leur volume seulement est plus grand ; il atteint celui d'un grain de raisin, une d'entre elles est même grosse comme une noisette. Le nombre des tumeurs qui siègent dans cette région est de quatre-vingts. Les tissus voisins sont aussi considérablement indurés. Tout autour de l'orifice anal, on constate quelques taches bleuâtres, grisâtres, comme celles observées dans les autres régions. On trouve de semblables tumeurs embryonnaires sur le trajet du sillon inguino-scrotal droit. A la partie supéro-interne de la cuisse droite, nous trouvons trois tumeurs mélaniques. A ce même endroit, on sent par la palpation, infiltré dans la peau, un petit nodule, qui, après quelques jours, a pris un développement sensible et qui fait saillie au niveau du tégument, présentant une coloration grisâtre.

A propos de la marche évolutive de ces tumeurs, nous devons faire observer qu'une petite tache ronde, à peine teintée en gris, prenait déjà, après cinq à

sept jours, un certain volume, faisait saillie sur le tégument, et prenait une coloration d'un gris ardoisé bleuâtre ; de plus, au cours de leur évolution, ces tumeurs changeaient aussi de couleur et de forme, et devenaient sphériques et bleu noirâtre. Nous avons donc suivi l'évolution de ces néoplasies, et constaté que toujours elles commençaient par une simple petite tache ronde d'abord, à peine grisâtre, et arrivaient au volume d'un grain de maïs, leur coloration devenant presque noire.

Nous devons aussi faire remarquer que dès l'évolution embryonnaire de ces simples taches que nous venons de signaler, nous constations un certain degré d'induration dans la peau de la région envahie ; et, qu'avec l'évolution de ces néoplasies, cette induration augmentait. Pendant le séjour de ce malade dans notre service, il s'est toujours plaint de douleurs du côté des régions envahies par les tumeurs ; la douleur, au dire du malade, était assez forte, et se faisait sentir dans chaque tumeur. Cette douleur est encore plus forte, plus insupportable dans la région inguinale gauche, au niveau de la cicatrice existante.

Les ganglions des régions inguinales sont augmentés de volume. Dans la région inguinale droite, nous trouvons quatre ganglions volumineux ; l'un de ces ganglions est gros comme une petite noix, et soulève la peau en surface. La palpation ne cause aucune douleur dans cette région. Les ganglions correspondants du côté gauche sont englobés dans la cicatrice que nous avons mentionnée formant une masse dure, diffuse sur une étendue de 7 centimètres. Cette masse dure se prolonge d'un côté vers la racine de la verge et la région pubienne, et de l'autre côté du scrotum, sur le trajet du sillon inguino-scrotal gauche ; enfin nous trouvons cette même infiltration dure du tégument du côté de la région supéro-interne de la cuisse gauche. En comprimant avec les doigts cette masse, le malade accuse de la douleur.

Au niveau de cette masse dure, la surface de la peau est inégale, dans certains endroits elle est déprimée, ailleurs elle est soulevée, et cet aspect est dû à la cicatrice qu'on trouve ici. L'examen de la peau du scrotum fait constater un empâtement sclérotique des couches scrotales, qui sont douloureuses à la pression. Les parties de la peau de cette région non envahie par la néoplasie ont une coloration d'un rouge foncé.

Le malade ne présente qu'un seul testicule, celui du côté droit, le testicule gauche ayant été extirpé dans l'opération mentionnée. En faisant l'énumération des globules rouges du sang chez ce malade, avec l'appareil de Malassez, nous avons constaté un nombre de 3,800,000 hématies ; mais le nombre des globules blancs, comprenant plusieurs champs microscopiques, était plus grand.

De même nous avons constaté la disposition normale des hématies, leur volume et leur forme normaux ; et, à côté des globules de 9 μ, nous avons trouvé des hématies de 7 μ, et quelques globulins de 2 μ.

Nous avons fixé le sang sortant du doigt du malade par l'acide osmique 1 p. 100 ; nous avons coloré avec le rouge d'aniline ; cet examen ne nous a rien révélé. Notre attention pendant l'examen a été surtout porté vers les globules blancs, et, en examinant du sang frais, avec le n° 12 de Reichert, nous avons observé dans quelques globules blancs, dans leur protoplasma, des granulations noires de pigment. L'examen microscopique du sang a été toujours pratiqué le matin entre dix et onze heures, et avant le déjeuner.

L'examen de l'urine nous a fourni le résultat suivant : coloration jaune, pâle à l'émission ; mais, exposée à l'air et à la lumière du jour, l'urine prenait une teinte foncée, et devenait noire après quelques heures. Cette remarque a été faite aussi par le Dr Istraty, notre collègue distingué à la Faculté des sciences, qui a bien voulu faire l'analyse de l'urine de ce malade.

Sur ce point, notre observation concorde avec celles des docteurs Liselt et Balze (1). Il est à observer que l'analyse de l'urine nous indique 1005 comme densité, alors qu'à l'état normal, elle est de 1018 à 1022 ; les matières organiques et minérales sont aussi diminuées ; l'urée est évaluée à 3,05 par litre, et à 4 gr. 57 par vingt-quatre heures au lieu de 25 grammes et plus, à l'état normal, en vingt-quatre heures. L'acide urique est aussi très diminué ; de même, l'indican est à peine appréciable. L'examen microscopique de l'urine ne nous a rien donné d'anormal. En ce qui concerne l'analyse de l'urine de notre malade et la constatation d'une diminution de la quantité de l'urée et de l'acide urique, notre observation est d'accord avec celle de M. F. Muller, qui, au huitième Congrès allemand de médecine interne (session de Wiesbaden, 15-18 avril 1889), a dit qu'il y a diminution de la quantité d'urée dans les urines des cancéreux, et le coma final serait dû à une intoxication par les matières extractives, les déchets encombrant l'organisme. Elle doit être la vérité, et il est certain que la retenue des substances extractives dans le sang doit jouer un grand rôle dans la prognose de ces néoplasies. Dès son entrée dans le service, et avant de faire l'examen histologique de ces néoplasies, nous avons institué le traitement suivant : une pommade avec 50 grammes de vaseline, 5 grammes de résorcine, pour appliquer sur les tumeurs mélaniques.

Après quelques jours, pour faire prendre patience au malade qui demandait à être opéré et pour calmer ses douleurs, nous prescrivions : vaseline, 50 grammes ; ichthyol, 10 grammes ; chlorhydrate de cocaïne, 50 centigr. ; mais nous n'obtenions aucun amendement à la douleur.

En même temps, le malade prenait la liqueur arsenicale de Fowler, et une alimentation tonique au vin de quinquina.

Pour l'examen histologique, nous avons pris sur le malade dès son entrée dans le service une petite tumeur mélanique, sphérique, non ulcérée, sur la région pubienne, et, le 10 mars suivant, nous en prenons encore une semblable sur la région supéro-interne de la cuisse.

Ces deux petites tumeurs ont été durcies par l'alcool, gomme et alcool. Les coupes, colorées au picro-carminate d'ammoniaque à 1 p. 100 de Ranvier, ont été examinées dans la glycérine neutre.

Tout d'abord on constate une dissociation des couches du *stratum corneum* au niveau des petites tumeurs et de leur voisinage. En outre, on voit des élévations produisant des petites écailles superficielles et profondes, flasques et souvent rompues.

(1) *Vierteljahrschrift*, t. II, p. 140, 1860.

La couche de Malpighi est assez bien conservée et assez épaisse même au niveau des noyaux superficiels. Seulement ici les papilles sont très basses ou même disparues. Aux parties voisines des tumeurs, le derme est peu modifié et c'est surtout autour des vaisseaux qu'on trouve une accumulation des cellules embryonnaires, en même temps qu'une prolifération des endothéliums et des cellules périthéliales de certains vaisseaux sanguins.

Par places, ces cellules contiennent des grains d'un pigment brun.

En étudiant le développement des plus petites tumeurs dans la profondeur du derme, on constate une vascularisation plus abondante, une zone des cellules proliférées et migratrices plus *large* et entre les fibres peu modifiées du tissu conjonctif des cellules irrégulières, souvent avec des prolongements, d'autres avec les caractères des cellules endothéliales gonflées. Certains de ces éléments plus grands que les autres sont en même temps pigmentés.

Dans cette zone, on voit des groupes assez bien limités de cellules embryonnaires, ayant l'aspect de follicules lymphatiques; dans ces foyers pénètrent des cellules isolées de forme différente, pigmentées, plus grandes, aux noyaux moins précis, ou bien des corpuscules pigmentés plus petits.

Comme ces petites tumeurs se trouvent en contact intime avec les glandes sudoripares, nous avons représenté la relation de la tumeur proprement dite avec ces glandes.

En examinant superficiellement nos préparations microscopiques, on est porté à croire que les éléments de la tumeur proviennent des cellules glandulaires, tandis qu'après un examen approfondi on voit que le mélange des éléments de la tumeur sur les glandes consiste dans une suppression, dans une dégénérescence des éléments glandulaires.

Les paquets des glandes sont entourés d'un tissu fibreux concentrique, et chaque tube montre la membrane basale épaissie.

La couche des cellules situées sur cette membrane est peu modifiée, et, entre ces cellules et les cellules longues cylindriques, il y a des vacuoles qui renferment par places du pigment brunâtre.

La lumière des glandes renferme une masse grenue jaunâtre.

Entre les anses glandulaires existe une prolifération des cellules qui tapissent les fentes lymphatiques, et dans leur lumière se trouvent de grandes cellules irrégulières, isolées, pigmentées.

Dans le voisinage de la tumeur, les anses glandulaires sont comprimées et leur épithélium a subi une dégénérescence uniforme, hyaline, leur lumière est comprimée et la partie périphérique des cellules glandulaires renferme beaucoup de vacuoles et souvent du pigment.

La tumeur même commence évidemment avec une prolifération des vaisseaux lymphatiques entre les trabécules fibreuses.

Au commencement, on constate encore la disposition des cellules endothéliales gonflées et des cellules pigmentées dans leur intérieur, tandis que plus tard ces cellules endothéliales multipliées se mêlent avec les cellules pigmentées et des grains de pigment libre, en formant de petits alvéoles.

Il semble que ces groupes cellulaires donnent naissance aux alvéoles bien prononcés dans certaines parties de la tumeur. Ces alvéoles, peut-être moins réguliers que les alvéoles d'un carcinome, montrent une individualisation et une séparation plus marquantes des cellules que dans un carcinome d'origine épithéliale; et on voit toujours à la périphérie des nodules la tendance des cellules endothéliales à la formation des éléments néoplasiques.

Les cellules renfermées dans les alvéoles sont d'une grandeur et d'une forme très variées.

A la périphérie, on rencontre souvent des formes en crosses adhérant encore par un prolongement à la paroi, tandis qu'ailleurs et surtout au centre ces cellules sont plutôt rondes, parfois avec plusieurs noyaux pigmentés, et souvent avec des noyaux en voie de division indirecte.

Les noyaux ne sont pas grands et ils n'ont pas le caractère vacuolaire avec les grands nucléoles des cellules carcinomateuses.

Il faut bien remarquer que cette disposition alvéolaire n'existe pas dans toutes les parties de la tumeur, et par places on observe une infiltration plus ou moins diffuse des grandes cellules pigmentées, fusiformes dans le tissu sans tendance à la formation des îlots.

On reconnaît partout la tendance à la formation des petits lobules qui, par leur confluence, forment des nodules macroscopiques dans lesquels les parties centrales sont plus pigmentées que la périphérie. Les alvéoles les plus grands renferment des masses brunâtres, dans lesquelles on distingue à peine quelques cellules mal colorées, tandis que leur stroma fibreux est bien prononcé.

On peut voir dans certains de ces groupes des lobules que nous venons de mentionner, qui pénètrent presque jusqu'à la surface, mais qui n'ont nulle part aucune connexité avec les couches épithéliales épidermiques. Il existe toujours une couche souvent comprimée de tissu conjonctif libre, qui sépare la tumeur du réseau malpighien comprimé. Ce dernier est plus pigmenté qu'à l'état normal, et on voit des grains de pigment entre les cellules de l'épithélium muqueux. Les tumeurs se terminent sans limite bien nette dans les couches profondes de la peau.

Ici il semble qu'elles ont un certain rapport avec les faisceaux abondants dans cette région des muscles lisses, proliférés par places, qui, à un examen superficiel, nous donnent l'aspect de petits îlots, de cellules appartenant à la tumeur.

Nous croyons devoir, à l'occasion de cette communication, décrire la genèse de ces tumeurs mélaniques. Un cas de tumeur multiple pigmentée examiné par l'un de nous au laboratoire de M. Arnold, à Heidelberg, nous semble très instructif à ce point de vue.

Nous nous contenterons de donner la description histologique des parties à la limite de la tumeur en question.

Dans cette tumeur, on voit mieux que dans celles qui font le sujet de cette communication, la participation des fibres conjonctives et de ses cellules à la formation des éléments néoplasiques; on voit même très bien que les tissus fibreux aux vaisseaux en prolifération par une multiplication de ses éléments fournissent des cellules fusiformes ou en crosses.

Dans ces cellules, on constate une karyomitose énergique et souvent une multiplication des noyaux endogènes.

Les éléments de nouvelle formation deviennent pigmentés, et en même temps leurs noyaux se colorent moins bien. Enfin les cellules farcies de pigment ne possèdent plus ni noyaux ni nucléoles colorables.

Il résulte de cette dégénérescence des cellules un ramollissement et la formation de petites cavités qu'il ne faut pas confondre avec des alvéoles qu'on trouve dans la même tumeur et dont on peut bien suivre l'origine parablastique. On y voit des cellules fusiformes ou sous forme de crosses qui se détachent peu à peu de la paroi des petits vaisseaux lymphatiques et qui tombent dans la lumière de ces vaisseaux, dilatées, en montrant ici très bien les figures de la karyomitose.

A un degré plus avancé de cette néoformation, les vaisseaux dilatés par places se présentent comme des alvéoles avec des cellules pigmentées, et dans lesquelles on constate de grands éléments pigmentés en voie de karyomitose.

Ces alvéoles se dilatent encore en formant de petits noyaux visibles à l'œil nu, remplis d'éléments irréguliers avec des traces d'une prolifération endogène et même d'une formation qui ressemble beaucoup aux îlots vasculaires embryonnaires, renfermant des vacuoles pourvues de globules rouges de sang.

On voit donc que la formation d'alvéoles dans les mélano-sarcomes se rencontre même dans des cas dans lesquels l'origine parablastique de la tumeur n'est pas douteuse, et ces alvéoles sont formés par une

prolifération atypique des cellules qui tapissent les petits vaisseaux lymphatiques.

Cette prolifération présente toujours la tendance à une nouvelle formation par karyomitose. Seulement l'irrégularité et la vitesse de la multiplication même, qui mène à des formes et à des dispositions atypiques des cellules avec prolifération endogène, et en même temps la formation du pigment qui par son accumulation produit leur dégénérescence, empêchent la formation d'un tissu résistant.

Dans l'article *Mélano-sarcome* de la dermatologie de Ziemssen, l'un de nous décrit des formes dans lesquelles existe en même temps une néoplasie atypique de l'épiderme.

On y pouvait constater la pénétration des éléments pigmentés parablastiques entre les cellules épithéliales, et on peut admettre dans ce cas une irritation du tissu pigmenté comme l'atypie épithéliale. Seulement cette atypie montre toujours le caractère épithélial. Dans nos deux cas, au contraire, on peut exclure la participation de l'épithélium tégumentaire, aussi bien que celui des glandes de la peau à la formation de ces tumeurs mélaniques.

On peut, au contraire, constater dans le développement des éléments qui composent la tumeur, soit des éléments fibro-plastiques, soit des cellules qui tapissent les trabécules des couches profondes de la peau, soit des endothéliums des petits vaisseaux lymphatiques, de sorte qu'on pourrait diviser ces tumeurs : 1° en fibro-plastiques; 2° en endothéliales; 3° en mixtes. Ces deux dernières formes seront ordinairement alvéolaires. Jusqu'à ce point, on peut bien suivre la genèse de ces tumeurs, mais il serait difficile de remonter plus avant à leur origine.

Il n'est pas douteux qu'il s'agit souvent des germes embryonnaires des *nævi* héréditaires, qui sont le point de départ de ces tumeurs, et nous sommes disposés à admettre, malgré les différences qui existent dans la composition du pigment, du sang et celle des tumeurs mélaniques, qu'il s'agit dans ces tumeurs d'une prolifération des tissus atypiques, surtout en ce qui concerne la formation des nouveaux vaisseaux et du sang.

Cette dernière supposition est basée sur le fait que dans des noyaux récents des sarcomes pigmentés, on peut souvent mettre en évidence par un traitement du tissu tout à fait frais, avec de l'acide osmique, une masse des vaisseaux de nouvelle formation, remplis avec des globules rouges, irréguliers comme forme et comme coloration, qui disparaissent absolument si on traite le tissu frais avec de l'eau, de l'alcool, ou

par n'importe quel autre réactif, employé pour le durcissement des tissus.

Notre supposition s'appuie encore sur le fait indéniable que la plupart des éléments de nouvelle formation appartiennent au système vasculaire.

Si nous admettons que le pigment des mélano-sarcomes est l'expression d'une formation atypique du sang, et surtout du pigment sanguin abnorme, on pourrait peut-être supposer que c'est justement ce pigment qui, par son contact avec des cellules vaso-formatrices, agit comme une espèce de ferment pour produire une prolifération vicieuse de ces éléments, en causant la même néoformation et le même pigment atypique. De cette manière, on comprendra pourquoi les premiers éléments renfermant des grains de pigment dans un tissu encore normal, montrent aussitôt la tendance à une prolifération exagérée, souvent endogène et vaso-formatrice avec augmentation du pigment ; tandis qu'un pigment d'autre nature, tout en produisant une hyperthrophie des cellules, ne détermine ni cette prolifération, ni la multiplication intracellulaire du pigment.

Enfin il ne faut pas oublier que, dans un certain nombre de cas, on a signalé le traumatisme comme une des causes de la production de cette tumeur. Ainsi M. Von Esmarch (de Kiel), au dix-huitième Congrès de la Société allemande de chirurgie (session de Berlin, 24-27 avril), à propos de la pathogénie et du diagnostic du cancer, dit : « Les tumeurs malignes succèdent souvent à des irritations locales, plaies traumatiques, cicatrice, prédisposition. » Aussi dans l'observation du malade consignée dans cette note, on ne peut pas nier une certaine liaison entre un traumatisme et l'évolution de la néoplasie aux dépens de la cicatrice résultant de la blessure traumatique mentionnée. Quelle influence peut-on accorder au traumatisme dans le développement de cette néoplasie ?

Nous pensons que, de même que pour la tuberculose enkystée, on peut admettre pour cette tumeur maligne que les germes embryonnaires de la tumeur sont restés à l'état d'une vie latente, empêchés dans leur évolution par l'énergie vitale des tissus nourris régulièrement. Le traumatisme, en détruisant jusqu'à un certain point cette nutrition régulière, par le broiement des tissus et des vaisseaux correspondants, pourrait très bien réveiller la proliférabilité des germes morbides et leur donner la faculté de se développer librement.

Une autre supposition qu'on ne peut pas exclure absolument, et selon laquelle les germes de la tumeur seraient rentrés dans l'organisme, au moment du traumatisme, nous semble pour le moment dépourvue de tout fondement.

DISCUSSION.

M. P. Raymond (Paris) : Il s'agit, à mon avis, dans ce cas, d'un sarcome mélanique et non d'un épithéliome. L'épithéliome mélanique de la peau existe, mais il est très rare. Les préparations de M. Petrini sont celles d'un sarcome fasciculé. On ne peut donc pas dire qu'il y a cancer.

IX. Existe-t-il de la lanoline dans la peau humaine,

par M. le Dr Santi, de Berne.

Vous savez que Liebreich a affirmé que la lanoline, un corps gras à base de cholestérine, se trouve répandue dans tous les tissus cornés, ainsi dans l'épidermis de l'homme. Vous savez aussi que plusieurs auteurs ont basé leurs recherches sur la lanoline et sur l'histochimie de la peau humaine justement sur l'affirmation de Liebreich, en la considérant comme un fait absolument prouvé.

Buzzi a été le premier qui a ébranlé cette théorie de Liebreich, en se basant sur une série de recherches histochimiques sur l'épidermis de l'homme, publiées sous le titre « Keratohyalin und Eleidin » dans les *Monatshefte* du Dr Unna (N° 1 und 4, 1889). Sur le conseil du Dr Unna, je me suis occupé dernièrement de cette intéressante question, et après une série de recherches, je me trouve aujourd'hui en mesure d'affirmer que toute la théorie de Liebreich sur la lanoline repose sur de fausses prémisses et que tout particulièrement la peau humaine ne renferme aucune trace de lanoline. (C'est ce que je m'en vais tâcher de vous démontrer par quelques expériences, en renvoyant ceux d'entre vous qui s'intéressent tout spécialement à cette question au travail qui paraîtra prochainement dans les *Monatshefte* du Dr Unna.)

L'erreur de Liebreich étant due essentiellement à l'analogie des réactions chimiques de la lanoline et de la cholestérine, ma première tâche devait consister à trouver des caractères chimiques propres et typiques, pour chacune de ces deux substances, c'est-à-dire des réactions permettant de les reconnaître l'une vis-à-vis de l'autre. En deuxième ligne, il fallait trouver le moyen de déceler la présence de la cholestérine et de la lanoline dans une masse renfermant ces deux substances à la fois. Ce dernier point était pour moi de la plus grande importance,

vu que dans l'objet de mes recherches, à savoir la peau humaine, la présence de la cholestérine avait déjà été constatée depuis longtemps, en dernier lieu histochimiquement par Buzzi. Il s'agissait donc de pouvoir démontrer dans la peau humaine, à côté de la cholestérine, la présence de la lanoline, le point de la question particulièrement en litige. Voilà quelques expériences.

Messieurs, je prends trois tubes d'essai. Chacun d'eux renferme 3 centimètres cubes d'acide acétique anhydre, outre cela le premier renferme 3 centigrammes de cholestérine chimiquement pure, le second une égale quantité de lanoline de Liebreich, le troisième également 3 centigrammes d'extrait de peau, que je me suis moi-même préparé. Je laisse tomber dans chacun de ces tubes quelques gouttes d'acide sulfurique concentré. Or, le contenu du premier tube, celui qui renferme de la cholestérine, prend une belle coloration rosée, qui passe assez rapidement au violet et reste ainsi longtemps coloré. Je répète la même expérience avec le tube à lanoline, il se produit une légère coloration rosée très fugace au fond du tube, tandis qu'une coloration verte s'empare de toute la masse et s'y établit en maître, sans céder ultérieurement la place à une autre couleur. Le troisième tube, contenant l'extrait de peau, produit, comme dans le premier tube, une belle coloration rosée, qui cède peu à peu la place au violet. J'insiste sur la clarté de cette réaction, il n'y a pas le moindre mélange de vert dans ces couleurs. Avant d'aller plus loin, je vous dois quelques mots explicatifs là-dessus.

La réaction que vous venez de voir est celle de Liebermann, appelée aussi « Cholestol-Reaction ; » cet auteur l'a vue appartenir au cholestol et à la cholestérine provenant de la bile de bœuf, et de calculs biliaires de l'homme. Liebreich modifia un peu la réaction en l'appliquant à la lanoline. Il dit, dans un premier travail, que les couleurs que l'on obtient dans ces cas, sont successivement rose bleu et vert, et dans un travail postérieur rose vert ou bleu. Liebermann parle, au contraire, d'une coloration bleue suivant le rose et ne nomme pas le vert.

Je me laisserais entraîner trop loin si je voulais faire la critique de la portée de ces réactions. Qu'il me soit seulement permis d'affirmer que la réaction de Liebermann n'est caractéristique, ni pour la cholestérine, ni pour la lanoline, que le bleu de Liebermann est probablement dû à la présence de traces d'iode, et que le passage du bleu au vert ou *vice versa* trouvé par Liebreich pour la lanoline n'existe pas. Vous avez vous-même vu que, dans ce cas, à une coloration rosée fugace succède une verte et aucune autre.

Messieurs, je passe maintenant à une autre série d'expériences, qui,

raffermiront, j'espère, la conviction que vous devez déjà avoir, que dans la peau humaine il n'y a pas de lanoline. Je prends une solution de 3 centigrammes de cholestérine dans 5 centimètres cubes de chloroforme. Je verse lentement dans cette solution un volume égal d'acide sulfurique concentré. Vous voyez immédiatement se produire à la surface de contact des deux liquides un anneau jaune qui devient orange, puis rouge, plus tard rouge brun foncé. On constate alors un précipité de la même couleur audit endroit. Ce qui nous importe ici, c'est l'examen du chloroforme. A la surface de contact, il se colore d'abord en rose pour prendre peu à peu une teinte violette. Cette teinte s'étend petit à petit sur une partie plus considérable de la colonne de chloroforme, tandis que le reste de cette colonne reste incolore. Emploie-t-on pour cette expérience un volume de cholestérine plus forte, la première couleur qui se montre à la surface de contact est un beau rouge-cerise, qui cède la place à un violet très foncé. Cette zone d'abord rouge, plus tard violette est caractéristique pour la cholestérine.

Répétons maintenant la même expérience avec de la lanoline. Ici, de même que précédemment, il se produit, à la surface de contact, une coloration jaune rouge qui passe au brun et renferme alors un précipité de la même couleur; mais la couche de chloroforme prend dans sa partie inférieure une teinte verte, qui se communique au reste de la colonne. Encore ici, l'intensité de la teinte verte est en rapport direct avec le titre de la solution.

Parfois il apparaît au-dessus de la surface de contact un léger reflet violet, probablement dû à la présence de la cholestérine dans la formation moléculaire de la lanoline. Enfin voici, Messieurs, un troisième tube, renfermant 3 centigrammes d'extrait de peau dissous dans 5 centimètres cubes de chloroforme. Je répète la même réaction.

Le résultat est le même que pour le tube à cholestérine. Il y a formation du même précipité précédé et accompagné des mêmes colorations, et la colonne de chloroforme prend une teinte violette pure, sans aucun mélange de vert.

Il me reste encore, Messieurs, à vous dire comment se comporte à cette réaction un mélange de lanoline et de cholestérine. On prend un tube renfermant 3 centigrammes de chacune de ces deux substances dissous dans 5 centimètres cubes de chloroforme. J'y ajoute un égal volume d'acide sulfurique concentré. A la surface de contact, il apparaît encore ici un anneau jaune rouge qui devient bientôt rouge, brun foncé. Mais le chloroforme situé immédiatement au-dessus prend une teinte violette s'étendant de bas en haut, tandis que la partie supérieure de la colonne de chloroforme se colore fortement en vert. Il est donc permis,

grâce aux couleurs caractéristiques et typiques des deux substances, de les déceler lorsqu'elles se trouvent simultanément dans la même masse. J'ai fait ainsi des essais en diminuant la quantité de lanoline par rapport à la cholestérine, et j'ai trouvé que même des traces de cette dernière se laissant encore facilement déceler.

On peut arriver au même résultat par la voie microscopique. Pour cela, j'ai évaporé dans des verres de montre des solutions chloroformées de cholestérine, lanoline et extrait de peau, séparées l'une de l'autre. J'ai alors traité les dépôts par quelques gouttes d'acide sulfurique concentré. La cholestérine et l'extrait de peau se comportent encore ici de la même façon : on voit se produire sous le microscope des gouttes homogènes d'abord jaunes, passant à l'orange, puis au rose, au carmin, au pourpre et enfin au violet. La lanoline montre aussi au commencement des gouttes et d'autres masses irrégulières jaunes, qui passent quelquefois au rouge, mais leur teinte terminale est verte, ce qui n'arrive jamais chez l'extrait de peau.

Vous savez enfin, Messieurs, que la lanoline ne se laisse pas saponifier par les alcalis en solutions aqueuses. Or, j'ai traité l'extrait de peau par une solution aqueuse de potasse au 40e. J'ai ainsi réussi à saponifier les graisses à base de glycérine, que l'extrait de peau renferme, et j'ai obtenu de la cholestérine sans aucune trace de lanoline.

J'espère, Messieurs, que vous aurez maintenant acquis, comme moi, la ferme conviction que la peau humaine ne renferme pas de lanoline.

M. Aubert (Lyon). Lorsque Liebreich fit connaître la lanoline et ses applications thérapeutiques, il me sembla résulter de ses premières communications que la lanoline venant de la peau y pénétrait, et s'y incorporait par une certaine affinité de nature. Or, il n'en est rien. Les recherches que j'ai faites sur l'absorption cutanée m'ont démontré que par l'*application simple*, à la surface cutanée, la lanoline est des divers corps gras, huiles et graisses, celui qui pénètre le moins rapidement. Il n'existe donc pas de tendance naturelle de la lanoline à s'unir à la peau humaine, et cela n'a rien de surprenant, puisque les recherches de M. Santi viennent d'établir qu'elle n'existe pas dans cette peau.

Si par friction et surtout par friction énergique, la lanoline pénètre au contraire mieux et plus vite que les autres corps gras, cela est dû à ses propriétés physiques, à sa viscosité qui, sous l'influence de la friction, produit de minuscules effractions ou traumatismes épidermiques pouvant aller jusqu'à l'arrachement des poils. Les corps visqueux, miels, glucoses, sirops, tenant en solution des substances actives, les

font pénétrer par friction dans la peau aussi bien et même mieux et plus rapidement que la lanoline.

II. — PRÉSENTATIONS DE MALADES.

M. Quinquaud présente un malade de son service atteint de l'affection cutanée qu'il nomme *cellulome épithélial éruptif*, et à propos duquel il fait la communication suivante.

Note sur le cellulome épithélial éruptif,

(*épithélioma adénoïde des glandes sudoripares de Jacquet-Darier*, *hydradénome éruptif de Besnier*, *syringo-cystadénome de Török et Unna*).

Il existe une affection cutanée, la maladie cellulomique, caractérisée par la présence à la surface cutanée de petites saillies à peine jaunes ou rosées, débutant ordinairement au niveau des régions claviculaires, puis de là se disséminant sur le tronc et sur les membres. Ces sortes de papules rappellent de loin le xanthome et varient depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'une lentille; elles ne donnent jamais naissance à de grosses tumeurs, même après quinze et vingt ans d'existence; elles ne s'ulcèrent pas, ne produisent pas de lésions inflammatoires, n'occasionnent aucune sensation pénible, ni prurit, ni élancement; aussi le début est-il difficile à préciser, et c'est par hasard que le malade s'en aperçoit.

Leur nombre est très variable, on peut dire qu'elles se montrent par centaines, se groupant quelquefois, mais en général sont disséminées sans réaction inflammatoire.

L'état général ne paraît pas modifié, du moins pendant une période de quinze à vingt ans. Les ganglions lymphatiques restent indemnes; pas de leucocytose, pas d'altération humorale appréciable — pas de retentissement sur la nutrition.

Cependant, il faut qu'il y ait une disposition spéciale, un état morbide, peut-être quelque agent caché qui joue un rôle dans le développement de ces petites tumeurs dont la multiplication est progressive et extrêmement lente. En un mot, il s'agit là d'une *lésion*, *tout à fait distincte des épithéliomes*, *les hydradénomes* kystiques ou non kystiques. C'est pour cette raison que je lui ai donné un nom nouveau, malgré ses

défectuosités, afin de marquer une séparation entre ces diverses affections.

Observation de cellulome épithélial éruptif.

M..., âgé de vingt-trois ans, employé de commerce, d'une assez bonne constitution, habite Paris depuis trois ans. Il n'a jamais de maladies sérieuses, n'a jamais eu de maladies vénériennes; de temps à autre, il éprouve des maux de gorge.

Son père et sa mère se portent bien et ne présentent pas de maladie cutanée, mais il a une sœur qui offre au cou quelque chose de semblable.

Ce jeune homme fait remonter son affection à l'âge de treize ou quatorze ans; pour lui, les lésions débutèrent par de petits boutons du volume d'une tête d'épingle et siégeant tout à fait en haut de la poitrine dans les régions claviculaires; il affirme avec netteté que la lésion n'était pas douloureuse, qu'il s'en aperçut par hasard, car il n'éprouvait aucune sensation pénible, aucun picotement, aucune démangeaison.

A partir de cette époque, les boutons se sont multipliés et la lésion s'est étendue lentement d'année en année.

Actuellement on distingue deux ou trois petits boutons sur la région frontale, au niveau des tempes et vers les angles internes des deux yeux; il n'y a rien ni au nez, ni aux joues, ni aux paupières. Mais la maladie présente son maximum de développement à la partie antérieure de la poitrine et du cou au niveau des régions sus et sous-claviculaires, du tiers supérieur du sternum et du tiers inférieur du cou. Toutes ces parties sont couvertes de centaines de boutons à bords mal limités, devenant coalescents par places de manière à constituer des groupes de lésions un peu saillantes et dures au toucher. Les boutons sont rares sur les deux tiers supérieurs et antérieurs de la région cervicale.

Les saillies sont assez abondantes sur les parties latérales du tronc, sur la région sternale, sur la partie sus-ombilicale de l'abdomen; toutefois l'éruption est plus discrète dans la région sous-ombilicale et au niveau de l'hypogastre. La lésion n'existe pas dans le creux axillaire (région pilaire) droit, à peine dans le creux axillaire gauche, mais elle se manifeste sur les parois axillaires antérieures et au niveau des épaules.

On voit encore quelques boutons sur les parties interne, antérieure et externe du tiers supérieur des cuisses; leur première apparition sur ce point ne daterait que du mois de mai. La plus grande partie des cuisses, les jambes, les pieds, sont indemnes de toute altération. Il y a quelques papules isolées à la racine de la verge; rien d'appréciable sur la région scrotale.

On aperçoit à peine quelques boutons disséminés sur la partie postérieure du cou, du tronc, des lombes, des cuisses et les régions fessières.

L'éruption est excessivement discrète sur les parties antérieures des bras droit et gauche où l'on distingue quelques papules miliaires.

Depuis deux mois, le malade a noté l'apparition de quelques boutons sur la face dorsale de la main droite, rien sur la main gauche.

Les deux points où l'on a pratiqué la biopsie il y a quelques mois sont le siège d'un état chéloïdien cicatriciel.

La lésion elle-même consiste en de petites saillies superficielles du volume d'une tête d'épingle à une lentille, très appréciables à la vue et au toucher, nullement douloureuses ni spontanément, ni à la pression, à bords mal délimités. Ce sont des saillies papuleuses, enchâssées dans la partie superficielle du derme; à la palpation elles donnent une sensation de dureté assez particulière. Elles offrent une teinte café au lait d'un jaune atténué, mais elles deviennent rosées, rouges sous l'influence de la moindre irritation. Du reste, la peau de M... est très irritable, même dans les points indemnes de toute lésion. Cette couleur jaune, assez analogue à celle du pityriasis versicolor ou mieux à celle du xanthome, a pu faire croire qu'il s'agissait de xanthelasma, mais les lésions histologiques viennent démontrer l'erreur; du reste, la couleur elle-même n'est pas exactement semblable dans ces affections.

La sécrétion sudorale est régulière à la partie médiane de la poitrine, au niveau des régions claviculaires, là où les lésions sont bien développées. Il sue, dit-il, au niveau des boutons comme ailleurs.

Ces tumeurs sont très multipliées, indolentes, isolées et distinctes les unes des autres, sans orifice à leur surface, dures, à évolution d'une très grande lenteur, sans retentissement ganglionnaire : les ganglions lymphatiques des régions cervicale, axillaire et autres sont absolument normaux. La pression ne détermine l'issue d'aucune matière spéciale, même après une légère incision; il n'y a pas d'élancements, pas de prurit.

Ce malade a subi divers traitements; il a pris d'abord de l'iodure potassique, il ne s'est produit absolument aucune modification des éléments. Il a été soumis ensuite à des frictions aux glycérolés cadique, tartrique, salicylé, à des applications d'emplâtres d'oxyde de zinc salicylées, de pommade à la résorcine, en même temps qu'il se frictionnait avec du savon mou de potasse; ce dernier agent a provoqué une rougeur vive de la peau et des tumeurs; néanmoins, et c'est là un fait important, aucune lésion n'a évolué, ne s'est ulcérée. Le jeune homme a pris en outre des préparations arsenicales à l'intérieur sans aucun résultat. A plusieurs reprises, les tumeurs semblaient moins saillantes pendant les applications topiques, mais peu de jours après on ne constatait aucun changement.

En présence de tous ces caractères, il était évident qu'il ne s'agissait ni d'acnés, ni de syphilides, ni de lichen; les caractères cliniques n'étaient pas non plus ceux du xanthome.

Il devenait donc indispensable de pratiquer l'examen histologique : deux fragments de peau furent enlevés dans la région sous-claviculaire droite, le premier en un point où la lésion était à son apogée, le deuxième dans un endroit où une petite tumeur commençait à se montrer et était du volume d'une tête d'épingle. La peau fut placée dans l'alcool fort, puis montée dans le collodion ; j'en fis de très nombreuses coupes en séries, colorées les unes par l'hématoxyline, les autres par le picro-carmin.

Sur ces coupes, non pas dans les couches tout à fait superficielles du derme, ni dans les couches hypodermiques, mais dans les couches

moyennes, on voit de nombreux noyaux composés de cellules épithéliales : souvent ils sont sectionnés transversalement ou d'une manière oblique, alors ils apparaissent sous la forme d'une section circulaire ou elliptique.

Sur leur trajet, on distingue de nombreuses dilatations kystiformes dans lesquelles on aperçoit une substance qui se présente sous un double aspect : tantôt elle est granuleuse, colorée en rose jaunâtre par le picro-carmin; à l'aide d'un fort grossissement (objectif à immersion), on peut voir que cette matière n'est point une sécrétion extra-cellulaire, mais bien une altération de la cellule, car les contours des cellules dégénérées restent encore visibles; — tantôt elle se montre sous la forme de blocs de substance colloïde, distincts et séparés les uns des autres, qui ne sont ici qu'une transformation colloïde des cellules épithéliales appartenant aux tractus épithéliaux.

Dans les champs circulaires, on voit des cellules polyédriques avec un noyau, ressemblant à des cellules épithéliales et formant une couche continue; parfois même il y a discontinuité, on dirait la lumière centrale d'un canal avec des bords assez nets; mais une étude attentive ne m'a pas permis de constater un vrai canal avec cuticule. Cette apparence canaliculaire tient ou bien à une substance colloïde fragmentée, ou bien à la réunion de cellules colloïdes laissant entre elles un espace triangulaire.

On ne trouve nulle part de véritable membrane avec fibres musculaires obliques, mais la périphérie de ces champs cellulaires se colore plus vivement que les autres parties par le picro-carmin et l'on y trouve quelques noyaux allongés de cellules aplaties.

Enfin tous ces éléments, noyaux épithéliaux, pseudo-kystes, sont plongés au milieu d'un tissu fibro-élastique qui contribue à donner la résistance et la sensation de petites tumeurs superficielles.

Il y a une absence complète d'infiltration diffuse dans le tissu qui confine aux tractus, lésion si commune dans les épithélioma.

Quel est le point de départ de ces productions épithéliales?

L'épiderme est partout intact; nulle part on ne trouve de bourgeons s'insinuant dans le derme au niveau des régions malades. Dans toutes nos préparations, qui sont au nombre de soixante, partout les follicules pileux étaient intacts.

De même pour l'appareil sudoripare, nous avons trouvé à plusieurs reprises, non pas au niveau même de ces productions pathologiques, mais sur les côtés, des glomérules sudoripares absolument normaux; dans quelques préparations, nous avons vu des coupes de canal excréteur également sains; l'origine sudoripare n'est pas démontrée.

En résumé, nous ne pouvons pas reconnaître d'une manière positive et certaine l'origine exacte de ces productions. Certes, les dimensions, la forme peuvent faire penser que l'épithélium du canal excréteur sudoripare en est le point de départ (Darier), mais la chose n'est pas absolument certaine. Or, quand un fait n'est pas certain, il est préférable de rester dans le doute, tout en essayant à découvrir la vérité par tous les moyens possibles. Nous pensons que des cellules épithéliales aberrantes peuvent devenir le point de départ du cellulome éruptif qui aurait ainsi une origine *congénitale* avec une évolution tardive dans le jeune âge. Cette hypothèse nous paraît pour le moment la plus plausible et s'accordant le mieux avec la clinique et l'anatomie pathologique.

J'arrive à conclure qu'il s'agit là d'un *cellulome épithélial éruptif kystique*, c'est-à-dire d'une tumeur bénigne d'origine épithéliale. Je distingue en effet les tumeurs qui dérivent de l'épithélium en deux catégories; les unes, les cellulomes épithéliaux, qui sont des tumeurs bénignes; les autres, les diverses variétés d'épithéliomes classiques, qui sont des tumeurs malignes.

M. L. Jacquet (Paris) : Voici une malade atteinte de la même affection que le malade de M. Quinquaud, affection que je nommerai provisoirement « *épithéliome kystique bénin de la peau* ».

Le premier cas connu a été observé dans le service de mon éminent maître, M. Ernest Besnier, et publié en commun, par M. Darier et par moi, sous le nom d'idradénomes ou adénomes sudoripares. M. Unna, après lecture de notre travail, a diagnostiqué le second, qui a été étudié histologiquement par M. Török : *au total*, *quatre* cas absolument comparables au point de vue clinique et histologique.

Je me bornerai à insister ici sur l'histogénie de cette affection.

M. Darier, à qui l'on doit le premier examen histologique, avait conclu à l'existence « d'un épithélioma adénoïde ayant pris son origine dans les glandes sudoripares, — ou, plus brièvement, — d'un idradénome à kystes colloïdes ». Les examens ultérieurs (Török, Quinquaud, Jacquet) ont montré qu'il s'agissait bien, en effet, de petites tumeurs épithéliales à kystes, mais l'origine idradénique est beaucoup moins certaine. D'une part, M. Török croit à un développement anormal des « germes *embryonnaires* des glandes sudoripares », et non plus, comme M. Darier, à des bourgeons émanés des glandes *adultes*. D'autre part, nous nions, M. Quinquaud et moi, la relation avec l'appareil sudoripare.

En ce qui me concerne, je crois qu'il s'agit ici de tumeurs épithéliales développées, aux dépens de débris para-épithéliaux erratiques, émanés, à la période embryonnaire, de la face profonde de l'ectoderme

ou de ses bourgeons glandulaires, et je compare ces productions à celles qu'a signalées M. Malassez dans le chorion de la muqueuse gingivale.

J'exposerai ultérieurement cette théorie plus en détail. J'insiste en outre sur la nature *congénitale* de l'affection, et je vous signale chez ma malade un accroissement remarquable des petits nodules de la région mammaire à chacune des cinq grossesses qu'elle a successivement menées à bien. Il est évident que, sous l'influence de la congestion vasculaire spéciale à cette région pendant la grossesse, les débris para-épithéliaux, auparavant à l'état de *léthargie* cellulaire, pour ainsi dire, se sont mis à proliférer plus activement.

DISCUSSION.

M. Darier : M. Jacquet explique le développement de ces tumeurs par des débris épithéliaux datant de la vie embryonnaire. C'est une hypothèse, et elle n'est pas nouvelle, car je crois qu'elle se confond avec celle de M. Török.

Les débris para-épithéliaux invoqués n'ont été vus par personne; les débris paradentaires auxquels on les compare existent, au contraire, constamment dans le ligament alvéolo-dentaire, où il est facile d'en démontrer l'existence.

Ce qui m'a fait chercher l'origine de la tumeur dans les glandes sudoripares, c'est l'analogie parfaite que M. Török et moi avons signalée, de certains tubes épithéliaux néoformés avec les canaux excréteurs des glandes sudoripares.

M. Török : C'est la forme des cellules et leur disposition en canaux qui me font penser à une relation avec les glandes sudoripares. De plus, le fait que la quantité des glandes sudoripares a beaucoup diminué au niveau des tumeurs, m'a fait supposer que les tractus épithéliaux étaient dus à des bourgeons embryonnaires sudoripares, ayant subi une évolution anormale.

M. Jacquet : Je reconnais très volontiers moi-même que ma théorie repose sur une hypothèse, mais je nie qu'elle se confonde avec celle de M. Török. Elle a un point commun avec elle, mais elle est plus compréhensive. Ainsi, sur une de mes préparations, se voit une glande sébacée *entourée* d'une véritable couronne de tractus épithéliaux et de kystes.

Un de ces tractus se détache même *directement* de la paroi glandulaire. On ne saurait invoquer ici l'origine sudoripare.

Relativement aux débris para-épithéliaux, je n'ai pas dit qu'il y eût *identité* avec les débris para-dentaires de M. Malassez, mais seulement *analogie*.

Au reste, je le répète, je reviendrai plus en détail sur ces faits et sur cette interprétation.

II. Cas d'urticaire pigmentée.

M. Paul Raymond : Je présente, au nom de M. le Dr Vidal et au mien, un petit malade atteint d'urticaire pigmentée. Cet enfant, dont l'observation a été publiée dans ma thèse de doctorat (*L'Urticaire pigmentée*, in-8°, Paris, 1888, obs. XXVII, p. 114), est âgé de cinq ans et demi et il est atteint de son affection depuis l'âge de deux mois. Son état ne s'est pas modifié sensiblement, et il est aujourd'hui en pleine poussée congestive accompagnée de bulles et de démangeaisons très pénibles. Contre le prurit, j'ai obtenu de bons résultats du menthol, mais tous les traitements dirigés contre la maladie elle-même ont échoué. Je demande aux membres du Congrès s'ils ont à proposer une nouvelle médication.

M. H. Feulard : Voici un autre enfant atteint de la même affection. C'est le petit malade, maintenant âgé de cinq ans et deux mois, qui réside dans le service de la clinique de M. le professeur Fournier depuis le mois de janvier 1885. Son observation a été reproduite dans la thèse de M. Raymond (obs. XXIX, p. 119). Voici le moulage de la jambe de cet enfant fait au moment de son entrée à l'hôpital (Musée. *Coll. génér.*, n° 1033). Il y a donc plus de quatre ans que ce petit malade est soumis à notre observation. Les poussées aiguës d'urticaire se sont peu à peu espacées et ne se reproduisent pour ainsi dire plus maintenant; mais il reste avec ces pigmentations remarquables qui donnent à sa peau ce curieux aspect de peau tigrée. Cet enfant a eu la rougeole l'année dernière (V. Morel-Lavallée, in *Ann. Derm. et Syph.*, 1889, p. 12), d'une façon fort bénigne d'ailleurs, sans que son éruption d'urticaire ait été modifiée.

Enfin, voici le moulage fait en 1883 (Musée. *Coll. génér.*, n° 945) de la jambe d'un autre enfant, atteint d'urticaire pigmentée; c'est la fillette observée par mon maître M. Vidal et par moi, et dont l'observation est

la première observation publiée en France de cette bizarre affection (V. *Ann. Derm. et Syp.*, 1885, p. 155, et la suite de l'observation in *Thèse* de P. Raymond, obs. XXVI, p. 112).

M. Kaposi : Tous les traitements essayés contre cette affection ont échoué ; il faut attendre du temps l'amélioration.

M. Schwimmer : Je pense que l'on pourrait donner avec avantage une solution renfermant 1/20 de milligramme de sulfate d'atropine, aussi longtemps que le malade pourra supporter cette médication.

(*La séance est levée.*)

Le soir, la Municipalité de la ville de Paris recevait, à l'Hôtel-de-Ville, les membres des divers congrès scientifiques tenus pendant cette semaine à Paris, ainsi que les délégations d'étudiants venues pour l'inauguration de la nouvelle Sorbonne. Les membres du Congrès de dermatologie et de syphiligraphie avaient été invités à cette fête.

CINQUIÈME JOURNÉE : VENDREDI 9 AOUT 1889

— Séance du matin. —

I. — **Discussion de la question V :** *Direction générale et durée du traitement de la syphilis.* — MM. Mac Call Anderson, J. Langlebert, P. Diday, Drysdale, Jullien, Leloir et Tavernier, Schwimmer, Neumann, E. Castelo, Kaposi, Schuster, Du Castel, Rosolimos, Leloir, Dubois-Havenith, Barthélemy, Petrini, Mauriac, Balzer, de Watraszewski, Bertarelli.

— Séances du soir. —

L'abondance des communications oblige le Congrès à se diviser pour cette séance et pour celle du lendemain matin en deux sections : l'une de dermatologie, l'autre de syphiligraphie et de vénéréologie.

I. Section de Dermatologie (*salle du Musée*).

I. — *De l'érythème pernio ulcéré chez les scrofuleux*, par MM. Iscovesco et Cazin. — Discussion : M. Zambaco.

II. — *Sarcomatose cutanée généralisée pigmentaire*, par M. Schwimmer. — Discussion : MM. Kaposi, Vidal, Pringle.

III. — *Sur une lymphodermie scarlatiniforme, début probable de mycosis fongoïde*, par M. Hallopeau. — Discussion : MM. Schiff, Vidal, E. Besnier, Kaposi, Pringle.

IV. — *Pathogénie et métastases de l'eczéma, particulièrement chez les enfants*, par M. E. Gaucher. — Discussion : MM. Schiff, Iscovesco, Petrini, Unna.

V. — *Formes et pronostic de la tuberculose cutanée chez les enfants*, par M. E. Gaucher. — Discussion : M. Iscovesco.

VI. — *Contagion de la lèpre et nombre des lépreux en Espagne*, par M. Olavide.

VII. — *Quelques mots sur les résultats qu'on peut obtenir dans le traitement de la lèpre*, par M. Zuriaga.

VIII. — *Lettre sur la lèpre*, par S. E. Mavrogeny-Pacha. — *Une enquête chez les lépreux de l'île Mathelin*, par M. Zambaco-Pacha.

IX. — *La lèpre en Roumanie*, par M. Kalindero.

Discussion *sur la lèpre :* MM. Lutz, Unna, Leloir, Zambaco, Bruno-Chaves, Falcao, de Amicis, Gibello.

Présentation de malade, par M. Zambaco-Pacha.

II. Section de vénéréologie et de syphiligraphie (*salle des conférences*).

I. — *Syphilis et paludisme*, par M. Lepers.

II. — *Sur la syphilide acnéique du nez*, par M. Euthyboule.

III. — *De la blennorrhagie chez la femme*, par M. Éraud.

IV. — *Blennorrhagie ; balanoposthite gangréneuse, pleurésie diaphragmatique, phlébite double des membres inférieurs, arthrite de l'articulation sterno-claviculaire*, par M. L. Perrin.

V. — *Sur quelques particularités du traitement de la blennorrhagie par les instillations*, par M. Rosolimos.

VI. — *La peptonurie dans la syphilis*, par M. P. Raymond.

VII. — *Des syphilomes musculaires au point de vue chirurgical*, par M. Le Dentu. — Discussion : M. Euthyboule.

VIII. — *De l'anus artificiel temporaire comme moyen de traitement indirect du syphilome ano-rectal*, par M. Le Dentu.

IX. — *Remarques sur quelques points de vénéréologie et de syphiligraphie*, par M. Valdès Morel.

X. — *Traitement préventif et abortif de la syphilis*, par M. Manassei.

Vendredi 9 aout. — Séance du matin.

Président : **M. Unna.**

DISCUSSION DE LA QUESTION V.

Direction générale et durée du traitement de la syphilis.

I. A quel moment de l'infection syphilitique doit être commencé le traitement ?

Traitement continu ; traitement interrompu.

Par quel agent thérapeutique doit-il être commencé?

Quand y a-t-il lieu d'adjoindre ou de substituer les préparations iodurées aux mercuriaux ?

Indications et contre-indications de mercure.

Indications et contre-indications de l'iodure de potassium.

II. Combien de temps le traitement doit-il être continué ?

Faut-il traiter la syphilis en dehors de ses manifestations.

Est-il utile, à une époque éloignée du début de l'infection, d'administrer encore l'iodure préventivement ?

M. Mac Call-Anderson (Glascow) : In order to occupy as little as possible of the time at the disposal of the members, I shall content myself with stating very shortly and concisely my view with regard to the treatment of syphilis. In reference to the first question, namely when should antisyphilitic treatment be commenced? I am of opinion that the earlier it is begun after the secondary manifestations are unmistakeably developed, the better it will be for the patient. As long as we have only the chancre in evidence, it is well to abstain, because it might turn out not to be a true infecting one, or no constitutional symptoms might advise, if, for instance, the patient had formerly contracted syphilis.

Apart altogether from the special treatment of the syphilitic taint in is of course incumbent on us to maintain the general health at as hlgh a standard as possible, and any functional derangement of internal organs, or any inherent delicacy of constitution, must be dealt with in the

usual way. The diet should be plain but good, stimulants should as a rule, be strictly forbidden. The move the patient is in the open air the better, but overwork, either mental or bodily, should be avoided. In short, we should endeavour to put our patient in as favorable a position as possible, to enable him to triumph over his disease, it being well known that the worst cases of syphilis are met with in broken, down and scrofulous subjects but at the same time. It is to add that not I am a disciple of that eccentric school which holds that the whole treatment of syphilis is comprised in the administration of tonics, and inattention to the general health, to diet, and to hygiene. On the contrary, I am a firm believer in the virtues of mercury, and, in some cases, of iodine.

Quite recently, the compound fluid extract of bamboo brier has been highly extolled by Dr Mc Dade and others and we are told that the formula is one which, in a crude form, has been employed for many years with great success in the plantations in Alabama. As a teacher of medicine, I considered it my duty to give this combination a fair trial. This I did under most favorable circumstances for testing its efficacy, making use of the preparation manufactured by Messrs Parke, Davis and C°, of Detroit, but I am bound to say that it has failed in my hands.

A very prevalent belief with regard the treatment of syphilis is that mercury is chiefly useful in the early stages, and that, in the later, we should put our faith mainty in iodides. Now I quite admit that iodine is *most* useful when given for manifestations, and that mercury is *very* useful for the early ones; but, at the same time, I claim for mercury the achievement of brilliant results in very oldstanding cases, and after, the iodide of potassium has failed. I have been particularly struck with this in connection with the treatment of syphilitic diseases of internal organs, especially of the nervous system.

I always commence the treatment of syphilis with mercury, and abstain from using the iodide of potassium in the secondary period, unless for the relief of special symptoms, such as nocturnal pains in the head and bones, when a full dose at bedtime is often beneficial.

In regard to the question whether treatment should he continuous, or interrupted, I hold that each case must be judged of on its own merits. Is the mercury does not upset the patient, if there is no decided implication of the gums, if he is not losing weight, if he is not feeling depressed by it, and, all the more if, as often happens, he feels stronger and better as the treatment goes on, I see no reason whatever for interrupting it, but every inducement to steady perseverance.

Mercury is given in very diverse forms, and in a great variety of ways,

but I have a decided preference for mercurial inunction, or for subcutaneous injections, as we thus obtain speedy and excellent results while avoiding derangement of the digestive organs.

For inunction the ordinary mercurial ointment of the *Pharmacopœia*, or Shœmaker's 50 percent *mercurous* oleate ointment, may be used. The only objections to these preparations are their dirtiness, their liability to irritate the skin (Eczema mercuriale). The former may, to a certain extent, be overcome by preparing the mercurous oleate without heat, thùs obtaining an ointment while, when freshly prepared, has a faint lavender tint; while the latter may generally be avoided by not rubbing it in too firmly, and by changing the seat of the inunction.

The subcutaneous injection of the perchloride of mercury has one great drawback in that it may produce painful indurations, or even abscesses. Various mixtures have been devised with the view of overcoming this obstacle, but none of those which I have tried possess any marked superiority over a simple solution of four grains dissolved in an orce of distilled water, of which from 15 to 30 minims $\left(\text{gr}\,\frac{1}{8}\text{ to gr}\,\frac{1}{4}\cdot\right)$ may be injected daily. With the view of preventing inflammatory reaction, the following procedure, in whole or in part, may be adopted. The skin is first frozen with ether spray or with a small smooth piece of ice, the surface of which is sprinkled with salt and applied for a couple of minutes with the aid of a folded handkerchief. One eighth of a grain of sulphate of morphine is then injected deeply into the cellular tissue of the hip or other insensitive part, or where there is much subcutaneous fat; the syringe is then detached from the canula and filled with the sublimate solution, and in two or three minutes it is again attached to the canula, and the solution is injected. Thereafter a lump of ice is applied to the part until all uneasmess, or irritation, has subsided. The rapidity with which syphilitic manifestations sometimes disappear, as well as the small quantity of the drug which requires to be used, as compared with its internal administration, in often very astonishing.

In some shape or form mercury should be continued for at least a year after all traces of syphilitic manifestations have disappeared, and thereafter iodide of potassium may be substituted for a few months. But, even then, I should be sorry to give a positive guarantee against a recurrence of symptoms at some future time, although I am quite sure that the patient, chances of escape from further trouble are 90 0/0 better than if he had not been subjected to such a course. Even years after the subsidence of all symptoms, if consulted as to the safety of matrimony, I am in the habit, with the view of making sure of immunity

from the hereditary transmission of the disease, of advising a three or four month's course of mercurial treatment before marriage. With these precautions I have never known of a case in which the offspring have suffered, but I could point to many instances to the contrary.

Time will not permit of my referring to the local treatment of syphilitic manifestations, with regard to the character and advantages of which there is little room for serious difference of opinion, and I conclude by giving expression to my belief in tho remarkable efficacy of careful, energetic, and prolonged anti-syphilitic treatment, so much so, that, in the course of a long expérience, I have met with few diseases, the treatment of which has yielded such satisfactory results.

M. J. Langlebert (Paris) : Laissant de côté l'excision du chancre infectant, opération aujourd'hui généralement abandonnée, devons-nous commencer le traitement de la syphilis par les spécifiques, le mercure en particulier, dès l'apparition de ce chancre ; devons-nous, au contraire, en reculer l'emploi jusqu'aux manifestations de l'imprégnation générale de l'organisme par le virus syphilitique? Telle est la première question à se poser.

Jusqu'à ces dernières années, partant de ce principe que, l'ennemi ayant investi la place, il n'y avait aucune raison pour ne pas en commencer la défense dès sa première attaque, nous donnions le mercure dès que le chancre infectant s'était nettement caractérisé. Mais nous avons remarqué que jamais les accidents secondaires n'avaient été enrayés par cette médication hâtive, que leur intensité ne semblait guère diminuée, que leur durée restait toujours aussi longue.

La médication hydrargyrique, instituée seulement chez d'autres malades arrivés au début de la deuxième période, sans avoir encore suivi aucun traitement, nous a paru, au contraire, plus active que chez les syphilitiques mercurialisés *ab initio;* différence d'action qu'expliquerait sans doute un commencement d'accoutumance au médicament spécifique.

Pour cette raison, nous ne prescrivons plus le mercure que dès les prodromes de la période secondaire (courbature, fatigue, douleurs musculaires, fièvre légère, etc.), ou dès l'apparition des premières taches de roséole, lorsque ces prodomes font défaut ou passent inaperçus.

La dose moyenne de 3 centigrammes de sublimé par jour est celle que nous préférons. C'est à la voie stomacale que nous avons le plus habituellement recours, réservant frictions, piqûres et fumigations pour combattre certaines syphilides particulièrement graves.

Puis, les accidents secondaires commençant à s'effacer, nous cessons

graduellement la cure mercurielle, ne prescrivant plus que deux, qu'un seul centigramme de sublimé par jour. Nous avons, en effet, remarqué qu'une suspension brusque de l'hydrargyre amenait souvent une récidive très rapprochée, ce qui s'explique facilement par la guérison incomplète de l'éruption précédente, laquelle ne fait que reparaître dès qu'on supprime trop tôt et trop brusquement le microbicide par excellence du virus syphilitique, le mercure.

C'est au mercure exclusivement que nous avons recours pour juguler les premières éruptions cutanées et muqueuses de la syphilis. Cependant, dans certains cas relativement rares de céphalée secondaire excessive, de syphilides primitivement malignes, d'accidents tertiaires très précoces, les iodures alcalins jouissent d'une efficacité incontestable, et il est bon de les associer immédiatement à l'hydrargyre.

La durée du traitement mercuriel de la première éruption secondaire sera mesurée par la durée même de l'éruption. Quelle que soit la persistance de celle-ci, nous n'avons pas pour habitude de suspendre l'usage de l'hydrargyre, *pris à petites doses*, tant qu'il en subsiste le moindre vestige.

En résumé, nous considérons comme un point capital du traitement de poursuivre par le mercure, *à petites doses*, les premières éruptions cutanée et muqueuse de la syphilis, jusqu'à leur disparition complète. Nous ne cessons l'usage du mercure qu'après avoir fait place nette.

Ce traitement mercuriel, *à petites doses*, 3 à 2 centigrammes de sublimé par jour, n'a aucun inconvénient. Pris ainsi, le mercure joue le rôle, non seulement d'un spécifique, mais même d'un véritable tonique. Chez les syphilitiques récents, il est plus martial que le fer. L'appétit, les forces renaissant, souvent même une légère tendance à l'embonpoint, sont les meilleures preuves de ce fait thérapeutique considérable, mis surtout en évidence par les recherches de notre ami le Dr Vilbouchewith, de Moscou, et par celles du Dr Keyes, de New-York.

Et c'est pourquoi, en dehors d'autres considérations de chimie biologique, que nous n'avons pas à faire valoir ici, nous préférons le sublimé au proto-iodure de mercure, car avec le premier médicament nous donnons beaucoup moins de mercure qu'avec le second. Supposons, en effet, deux malades traités, l'un avec 3 centigrammes de sublimé par jour, l'autre avec 10 centigrammes de proto-iodure. Par un calcul simple, basé sur la dose et les équivalents chimiques de ces corps, nous trouvons que le premier malade n'absorbe journellement que 0,022 milligrammes de mercure, tandis que le second en absorbe 0,061 milligrammes, c'est-à-dire une dose sensiblement triple. Et si on multiplie

ces résultats par le nombre de jours du traitement, on obtiendra une différence considérable.

Les premiers accidents secondaires ont disparu, la santé apparente est redevenue parfaite, que faut-il faire? Ici, pour nous, il n'y a pas de doute, il faut suspendre, par une diminution graduelle, l'usage du mercure; en voici nos raisons :

1° Le mercure ne nous a jamais paru préventif des accidents syphilitiques secondaires et tertiaires. Nous avons vu les accidents les plus graves survenir aussi bien, et dans la même proportion, chez les malades qui s'étaient mercurialisés pendant longtemps et à fortes doses, que chez ceux qui, par une répugnance vulgaire très répandue, n'avaient pas pris de mercure ou n'en avaient absorbé que pendant très peu de temps. Notre conviction absolue est donc faite à cet égard : le mercure n'agit que contre la syphilis en évolution, il est inutile dans les intervalles des éruptions.

2° Ce qui nous fait encore rejeter ces longs traitements mercuriels à fortes doses, surtout par le proto-iodure, avec ou sans intervalles de repos, c'est la crainte bien justifiée de voir cette absorption du mercure pendant quatre et cinq années consécutives déterminer, par rétention, par immobilisation de ce métal dans l'organisme, une intoxication dont les symptômes nerveux se rapprochent singulièrement de ceux attribués à la syphilis cérébrale.

En résumé, pas d'éruptions syphilitiques, pas de mercure, telle est notre ligne de conduite. C'est la maladie même que nous suivons pas à pas pour guider notre thérapeutique. Celle-ci sera légère, rapide, en conséquence, contre les syphilis bénignes; longue, persistante ou intermittente, contre les syphilis tenaces, sujettes à de nombreuses récidives. Car, comme l'a si bien démontré M. Diday, si la syphilis est une dans son essence, elle est diverse dans la gravité de ses formes.

Nous insisterons moins sur le rôle des iodures alcalins dans le traitement de la syphilis, bien qu'il y soit considérable. Nous ne donnons ces médicaments, sauf dans quelques cas exceptionnels précédemment énumérés, qu'après la première éruption, afin que l'élimination cutanée et muqueuse de l'iode ne constitue, par l'irritation qu'elle détermine — acné, catarrhe pharyngo-nasal — un *locus minoris resistentiæ*, favorable à l'éclosion des papules et des syphilides muqueuses.

A la dose moyenne de 2 grammes par jour, l'iodure de sodium, que nous choisissons maintenant, est parfaitement accepté et nous n'avons encore constaté aucun cas d'intolérance pour ce sel. Comme direction générale du traitement ioduré, le malade prend journellement 2 gram-

mes d'iodure de sodium pendant un mois, se traite le mois suivant par les toniques et les sulfureux, puis reprend l'iodure pendant un autre mois, revient alors aux toniques, et ainsi de suite pendant les deux premières années de la vérole. Pendant la troisième et les années suivantes, le malade ne prend plus d'iodure que de temps à autre, trois à quatre mois chaque année environ. Il est encore bien entendu que le mercure ne sera associé à ce traitement chronique ioduré que si des éruptions de récidive, si un accident tertiaire au début viennent indiquer un réveil du virus syphilitique.

Si l'action préventive du mercure contre les accidents tertiaires nous a semblé absolument nulle, il n'en est pas de même de celle des iodures de sodium ou de potassium pris pendant plusieurs années consécutives. Voici le fait sur lequel nous appuyons cette remarque : nous n'avons jamais vu, pour notre part, de syphilimanes — je parle naturellement de ceux qui ont eu la syphilis et non des syphilitiques imaginaires — être atteints d'accidents tertiaires. Or ces malades se soignent beaucoup, et ceux auxquels je fais allusion ne prenaient depuis plusieurs années que des iodures alcalins. C'est là un fait très digne de remarque sur lequel nous croyons devoir appeler l'attention.

Si je me suis permis de venir exposer devant ce Congrès international un traitement de la syphilis, c'est que notre méthode, qui n'a d'autre guide que l'évolution même de la maladie, ne repose pas seulement sur mon expérience personnelle, encore trop récente pour être formulée en règles générales. Elle est encore appuyée sur les faits recueillis par mon père dans sa longue carrière de syphiligraphe et comme telle, Messieurs, digne d'être soumise à votre jugement.

Conclusions.

1° C'est seulement à partir des prodromes de la période secondaire (céphalée, rachialgie, faiblesse générale, fièvre, etc.) qu'on devra commencer le traitement mercuriel de la syphilis. Le sublimé, à la dose moyenne de 0 gr. 03 par jour, en sera, dans presque tous les cas, le meilleur agent.

2° Le traitement mercuriel sera continué, en général, pendant toute la durée de la première éruption; on en diminuera graduellement la dose quand les taches ou papules commenceront à s'effacer.

3° Agent essentiellement actif contre la syphilis en évolution, le mercure sera réservé pour combattre les manifestations cutanées ou muqueuses de la vérole. *On ne l'emploiera pas dans leurs intervalles.*

4° Contre les accidents secondaires des muqueuses, le traitement local est aussi important que le traitement général.

5° Le mercure n'exerce contre les manifestations secondaires ou tertiaires de la syphilis aucune action préventive.

6° Si le mercure doit être réservé pour combattre les accidents syphilitiques en évolution, les iodures alcalins seront prescrits, au contraire, que la vérole soit latente ou en activité. L'iodure est le remède *essentiellement chronique de la syphilis.*

7° Trois ans constituent la durée moyenne du traitement ioduré de la syphilis latente. Les intervalles de repos seront égaux aux périodes de traitement pendant les deux premières années ; dans la dernière, on se contentera de prendre le médicament pendant trois ou quatre mois.

8° A part quelques cas spéciaux (céphalée secondaire très vive, troubles nerveux prononcés, accidents tertiaires très précoces, syphilis particulièrement graves, ulcéreuses dès le début) contre lesquels les iodures sont plus actifs que le mercure, on ne doit prescrire l'iode qu'après la fin de la première éruption secondaire.

9° L'iodure est le remède par excellence des accidents tertiaires; il peut en être également préventif.

10° Si le traitement mixte (iodure et mercure) est préférable contre les accidents tertiaires au début, c'est par l'iodure seul, longtemps continué, que leur guérison définitive pourra être obtenue.

11° Dans le traitement général de la syphilis, les médicaments toniques, tels que le fer, le quinquina, l'arsenic, le soufre, ainsi qu'une hygiène parfaite et l'hydrothérapie jouent, à côté des spécifiques (iode et mercure), un rôle secondaire, mais qui n'en est pas moins de grande importance.

M. Diday (Lyon) : Le mercure est le poison du bacille syphiligène.

Or, il ne peut l'atteindre que par l'intermédiaire de son milieu nutritif, le corps humain.

Donc, la condition d'un bon traitement de la syphilis serait que, tant qu'elle existe ou menace, notre organisme fût imprégné de mercure.

Quel devrait être le degré de cette imprégnation?

Pour le bactériologiste, pas d'hésitation : verser le parasiticide à pleines mains, jusqu'à effet obtenu, constaté, voilà sa réponse.

Pour le médecin, l'indication est identique, paraît même plus impérieuse. Mais, dans l'exécution, il est entravé, non seulement par la nécessité de ménager l'organisme, mais par les difficultés que cet organisme (même supposé tolérant) oppose à laisser l'acte médicateur s'accomplir de façon à être réputé suffisant. Ainsi :

Il faudrait l'imprégnation mercurielle *à un certain degré.* — Or, tout moyen nous manquant de savoir exactement où elle en est à un moment

donné, il faut pour être sûr d'avoir fait assez, risquer de faire trop.

Il faudrait aussi l'imprégnation *permanente;* le réveil, à tout instant possible, du bacille en fait une loi. Or, vainement aurez-vous rendu ininterrompue l'absorption du spécifique, puisqu'on sait que, passé un certain terme, il cesse d'opérer comme remède (accoutumance).

Enfin, il faudrait cette imprégnation *sans fin*, puisque (si l'on aspire à la certitude) il est impossible de fixer l'époque où le retour des accidents n'est plus à craindre. Or, la pérennité d'un tel traitement, parti le plus sûr quant à l'extinction du mal, ne serait-il pas le plus compromettant pour l'intégrité de l'organisme?

En somme, on ne tient ce bacille dompté qu'au prix d'une imprégnation mercurielle qui réalise la *saturation sans trêve* et *sans fin.*

Si exorbitant qu'il paraisse, ce programme n'énonce cependant aucune condition qui, dans les errements doctrinaux actuels, ne soit nécessaire. Aussi, assistons-nous à une réaction; aussi voit-on se produire d'incessants et judicieux efforts pour le remplir *à meilleur marché.* De ces réformes, celle à laquelle M. Fournier a attaché son nom mérite de compter parmi les plus populaires. Une autre, de par la chimie, vise à régler au mieux de tous les intérêts, la quantité de mercure à maintenir dans les voies de la circulation (1). Voici, à mon tour, celle que je propose, la seule qui me paraisse conforme à la science et confirmée par l'observation.

C'est un attribut commun à tout être végétal, parce que c'est la condition même de son développement (2), que deux phases se succèdent

(1) Surtout depuis qu'on mesure avec tant de facilité et de précision les doses de mercure éliminé, rien de plus rationel, de plus irréprochablement combiné que ce plan.

Mais irréprochable... en théorie. En clinique, deux faits incontestables, journellement observés, vont à l'encontre de l'espoir — si fondé, semble-t-il — d'atteindre par cette voie le but désiré.

D'une part, en effet, on peut, à volonté, se rendre compte que certaines lésions syphilitiques caractérisées (l'éruption papuleuse prise pour type) cèdent à vue d'œil à un traitement mercuriel qui a été commencé alors que la lésion existait.

Et, par contre, on voit des syphilides survenir chez un sujet qui en était à la fin d'un traitement mercuriel à pleines doses, de deux mois, pris pour d'autres lésions syphilitiques, alors donc qu'existait chez lui la saturation médicamenteuse censée préservatrice.

Et le spécifique, qui n'empêche pas la vérole de *revenir*, ne l'empêche pas non plus de *venir*. Qu'on médite le fait suivant. En 1850, un étudiant fut traité à Montpellier par le mercure pour une blennorrhagie chronique. Le mal résistant, on ne marchanda ni les doses, ni la durée. Sortant de là, il rentre à Lyon, prend dès l'arrivée un chancre pour lequel il me consulte. Or, chancre d'abord, puis accidents consécutifs évoluèrent comme d'ordinaire.

(2) « Ce développement procède par une alternance de périodes d'activité et de périodes de repos. Pendant les premières, les réserves antérieures sont digérées et consommées; la croissance s'opère et de nouvelles réserves sont produites. Pendant les secondes, la croissance s'arrête, les réserves nouvellement formées se maintien-

alternativement dans le cours de son existence : l'une, de repos, — vie *latente;* l'autre d'activité, — vie *manifestée.*

Et c'est aussi le caractère de la syphilis que, du commencement à la fin, son évolution se compose d'une série de sommeils et de réveils, c'est-à-dire trêves, puis reprises de vie manifestée ; et reprises auxquelles justement le langage médical a donné le nom de *manifestations.*

Ces manifestations, dans toute plante, marquent la période où elle va emprunter au milieu ambiant les éléments destinés à sa croissance. C'est donc durant cet état de vie manifestée, ce *n'est que durant cet état* qu'il s'établit des échanges valables entre le milieu et la plante ; par conséquent que, favorablement ou défavorablement, le milieu peut agir sur la plante.

La loi est identique, s'exerce de même façon à l'égard de nos microphytes pathogènes (1). Elle s'y confirme même d'autant plus rigoureusement que, pour ces parasites, leur terrain nutritif est notre organisme, nos tissus, le sang avant tout, le sang, ce milieu bacillifère par excellence, nous disent aujourd'hui les microbiologistes, nous avait dit, il y a plus de vingt ans, Pietro Pellizzari, au nom d'une de ces expériences qui font révolution et qui font loi.

On voit par là que, s'ils nous oppriment, nous sommes à même de leur rendre coup pour coup. Par l'hygiène, d'abord, nous faisons le terrain plus ou moins propice à leur développement. Et la médecine, d'autre part, est en mesure de le leur intoxiquer.

Mais si nous voulons que ce terrain leur donne la mort, choisissons, pour l'aménager à cet effet, le moment où ils allaient y chercher leur vie. Puisque nous ne pouvons atteindre que par l'intermédiaire du *sol* le bacille syphiligène, attendons que ses *poussées* nous décèlent quand, par ses organes à l'état naissant, il commence à se mettre en rapport physiologiquement utile avec le sol. C'est vraiment comme un bienfait de nature que l'époque où ce bacille devient nocif coïncide avec celle où il est particulièrement accessible à nos moyens d'attaque ; car n'a-t-il pas été démontré expérimentalement que l'être à l'état de vie active succombe à l'effet de la même dose de parasiticide, soit par exemple au même degré de chaleur qu'auraient impunément bravé une graine, une spore ?

De ces données analogiques, on peut déjà tirer — et je prie qu'on la

nent à *l'état insoluble*, ou du moins à un état non directement assimilable : la vie devient latente. »

(1) Notamment parmi les *Thallophytes* — dont fait partie la famille des *Bactériacées*, qui est ici en cause — la spore ne germe qu'après un temps de repos plus ou moins long (état de vie latente).

retienne — cette première conséquence, quant à la syphilis : c'est qu'il y a une différence entre « *traiter lors* des symptômes » et « *ne traiter que* les symptômes ! »

Mais la clinique va-t-elle justifier l'application de ces notions d'histoire naturelle?... Oui; dès son début, la syphilis nous en offre le moyen.

Ainsi, deux symptômes saillants marquent ordinairement cette période: la céphalée péricrânienne, l'éruption papuleuse générale. Eh bien! avec le traitement spécifique, en quelques jours vous aurez raison de la douleur la plus atroce; en quelques semaines, de l'éruption la plus accentuée !

Et pourquoi cette si prompte répression du parasite? Parce que vous l'avez pris là à son summum de vulnérabilité; au moment où, sortant de quarante-cinq jours de vie latente (deuxième incubation), il commençait à entrer en vie active, en travail de croissance.

Sur ces bases, je fondai, il y a vingt-six ans, une thérapeutique dont le principe est d'attendre pour employer les spécifiques, que par le fait de la survenance des poussées, et d'après leurs caractères cliniques, on puisse : 1° saisir le moment où l'agent pathogène, s'éveillant, est à son minimum de résistance; 2° apprécier la nature, les doses et la durée de la médication qu'il convient de lui opposer.

M. Fournier, au contraire, dit : Le mercure a action sur le principe morbide à toute époque de son évolution. Administrons-le donc, sans le discontinuer autrement que lorsque son pouvoir curatif est émoussé ou annihilé par l'habitude.

En faveur de ce long, très long traitement, ainsi distribué, M. Fournier invoque l'analogie. « A maladie chronique, traitement chronique », et « à maladie intermittente, traitement intermittent », dit-il en toute raison. Mais, intermittente sans contredit, la syphilis n'a rien de *périodique*. Rien de plus capricieux, au contraire, rien de plus déréglé que ses accès, que ses retours; et sous ce rapport, loin de justifier un traitement réglementé, l'analogie le condamnerait avec toute l'autorité qu'on s'est plu à lui reconnaître tout à l'heure (1).

Pour garant de sa promesse de guérir, il ne reste donc à M. Fournier que l'événement même, que la guérison. Or, il avoue des échecs, des récidives; il les avoue « trop nombreuses, imprévues, inexplicables ».

A ce démenti donné par l'observation, qu'avait-il à répondre? « Je guéris mieux parce que je traite plus longtemps, dit-il ». Or, le résultat

(1) Pour être conséquent à son système d'argumentation, M. Fournier devrait donc la compléter ainsi : « A maladie *non périodique* et à évolution essentiellement *déréglée*, traitements *périodiques* et *réglementés !* »

n'étant point parfait, un seul parti s'offrait; prolonger encore le traitement. Ainsi a-t-il été fait, par le passé. Ainsi sous la pression continue des insuccès, les *neuf mois* de mercurialisation, déclarés suffisants en 1858, puis portés à *deux ans*, en 1873, sont-ils aujourd'hui devenus *quatre ans !*

Mais les récidives néanmoins s'observant encore, plutôt que d'avouer qu'on a pu se tromper de point de départ, on est bien près de dire qu'on a eu tort de s'arrêter à moitié chemin. Aussi vois-je sans surprise se dessiner parmi les bons logiciens de cette école, une tendance non désavouée au traitement *indéfini.* Attendons la réalisation de cet effort désespéré pour dénoncer ses conséquences sur le physique et sur le moral des malades.

« Mais, dit M. Fournier, si j'ai des insuccès, j'en ai moins avec ma méthode qu'avec toute autre. Par elle, j'atténue l'intensité de la syphilis secondaire. Par elle, je diminue les chances de voir survenir la syphilis tertiaire. » Examinons ces deux points.

1° *Mieux guérir l'état secondaire.*

Atteindre le bacille en lui coupant les vivres le plus possible, c'est tout ce que la médication anti-parasitaire est en mesure de réaliser lorsqu'elle opère sur le corps humain vivant. Ainsi faisant, on ne le tue pas d'un coup, ce bacille : non. Mais, en réduisant ses générations successives de nombre, de vigueur, partant d'aptitude à croître et à se produire, on prépare, finalement on obtient l'extinction de la colonie.

Or, comment couper les vivres au bacille? Assurément, d'abord, en lui intoxiquant le terrain (nos tissus) desquels il tire l'eau ainsi que les divers composés chimiques nécessaires à sa vie; mais aussi, sans doute (comme pour les plantes dépourvues de chlorophille, ainsi que le sont la plupart des bactéries), sans doute aussi en mettant obstacle à ce qu'il puise dans l'atmosphère extérieure, par ses feuilles, l'oxygène que celles-ci consomment sans cesse (autre condition essentielle pour sa vie). — Or, par où le bacille syphiligène peut-il être en rapport avec l'atmosphère ?.. Uniquement par ses lésions éruptives, cutanées et muqueuses, lesquelles, à ce point de vue, me représentent le bacille à l'état de feuilles, — les feuilles, dans l'espèce, étant l'analogue des expansions foliacées de certaines Algues (1).

(1) Dans toute plante, le début ou le retour de la végétation se traduit par le développement des feuilles. De même, pour moi, chaque manifestation de lésions syphilitiques des premières périodes (chancre, syphilides, plaques muqueuses) représente le microbe syphiligène à l'état de feuillaison, telle que l'ont la plupart des

Donc, étant démontré que le mercure a la propriété, la spécialité d'arrêter le développement des syphilides, on conçoit qu'il porte à la vitalité de notre bacille une double atteinte : 1° en lui rendant nocive la part d'aliment qu'il emprunte à nos tissus; 2° (si mon hypothèse est juste) en altérant, ou en supprimant les organes par lesquels il emprunte l'autre part à l'atmosphère.

On comprend mieux maintenant dans quel sens m'impressionne l'apparition d'une poussée intercurrente (par exemple un groupe de papules récidivant au cinquième ou sixième mois). Je devais m'y attendre et le client en avait été prévenu :

Pour M. Fournier, au contraire, chaque nouvelle poussée est une déception nouvelle. Il s'était cru, il s'était dit, en mesure d'empêcher les retours du mal, et le mal revient. Mais parfois un plus dur mécompte l'attend.

On sait comment a été réglé par cette école le traitement des premières années : plusieurs cures mercurielles de deux mois, séparées par des suspensions de un d'abord, plus tard de trois mois, afin de neutraliser l'*accoutumance*, laquelle, dit M. Fournier « finit par annuler les effets thérapeutiques du mercure ».

Conformément à ce précepte, vous avez, un jour donné du mercure sans y être poussé par aucune récidive, uniquement parce que l'heure du mercure avait sonné. Il a été bien supporté. Vous l'avez continué deux mois; et, à la fin, alors que devait être pleinement réalisé l'effet préservatif promis, juste au terme expiré — notre Protée a de ces tours! — une récidive éclate.

Certes, je plains la doctrine; car nul coup plus sensible ne saurait l'atteindre. Mais que dirons-nous du client, qui, contre toute attente,

Bactéries, plantes incolores dépourvues de chlorophylle, afin de puiser l'oxygène dans l'atmosphère.

Voilà pourquoi — de même que pour le *Bacillus subtilis*, c'est toujours à la surface des liquides qu'il pullule — de même, pour la plupart des maladies parasitaires (fièvres éruptives, diphtérie, érysipèles, furoncles, morve, tuberculose), les premiers effets de l'affection généralisée s'observent à la peau ou aux muqueuses des voies respiratoires ; pourquoi, quant à la syphilis, les lésions de la période contagionnante sont toutes cutanées; et cela au point que, dans notre lexique spécial, syphilis *secondaire* et syphilis *tégumentaire* sont devenus synonymes.

La thérapeutique confirme cette interprétation. De même qu'on arrête le développement d'une plante en ajoutant $\frac{1}{512000}$ de chlorure de mercure dans le milieu artificiel où elle était cultivée, de même l'ingestion quotidienne de 1 ou 2 centigrammes de ce sel arrête le développement des syphilides.

Aussi puis-je pratiquement conclure en disant : ce que, en syphiligraphie, on appelle une *poussée* marquant en réalité le moment où les feuilles poussent au bacille, c'est bien une occasion à saisir, lorsque apparaît ce genre de *feuillaison*, de *défeuiller* la mauvaise herbe pour la faire périr.

se voit frappé d'une iritis, d'une hémiplégie faciale, au moment où son médecin vient de lui déclarer que, pour un temps, les spécifiques n'ont plus de pouvoir sur lui!

M. Fournier, je le sais, admet des atténuations, des amendements, des dérogations même à son précepte. Il les conseille dans ses cours; il les recommande dans ses livres. Mais quoi! ce dont le disciple se souvient, c'est du précepte carrément libellé. Et quand il a lu : « Le premier traitement doit être prolongé deux mois environ. Au delà, quoi qu'il arrive (remarquez bien cela), je cesserai le traitement, » il croira difficilement que ce « quoi qu'il arrive » ait visé autre chose qu'une récidive; et, le cas échéant, c'est-à-dire la récidive survenant, il agira... pardon, il s'abstiendra, en conséquence.

Ainsi avait raisonné et formulé un — dirai-je un orthodoxe? Non; un ultra de Saint-Louis,—dont je vis un client le 20 avril dernier. Ce brave garçon, ayant eu sa première poussée au commencement de février, prenait depuis lors des pilules de proto-iodure de mercure; et il venait me consulter pour une syphilide à papules humides apparue trois semaines auparavant, occupant diverses régions, confluente surtout au cuir chevelu, et qui ne paraissait nullement en voie de décroissance.

Or, pendant que je l'examinais : « Ah! vous savez, me dit-il, c'est dans dix jours que je cesse mes pilules. »

— « Vous allez cesser les pilules, vous ! »

— « Oui, le docteur me l'a bien recommandé: c'est dans dix jours qu'expirent les trois mois de traitement. »

Pour toute réponse, j'ajoutai aux pilules une friction quotidienne d'onguent napolitain; le tout, bien entendu, à continuer jusqu'à nouvel avis.

2° *Mieux prévenir l'état tertiaire.*

Sur un nombre donné de syphilis, quelques-unes, on le sait, passent à cet état bien distinct que, faute de meilleur nom, on appelle *tertiaire*.

Pourquoi quelques-unes seulement?.. Est-ce parce que le mercure n'avait pas été donné avec assez de continuité ?

Quant à moi, ayant établi ci-dessus que le mercure n'agit sur le bacille qu'à certaines phases de son évolution, je ne puis admettre que le contre-sens physiologique qui s'appelle *traitement mercuriel continu* soit ici une condition nécessaire.

Mais il y a plus. Une maladie étant donnée, on ne peut certes pas dire *à priori* que le remède qui la guérit en préservera. Mais assurément ce n'est que celui qui a pouvoir de la guérir auquel théoriquement peut

être attribué le pouvoir d'en préserver. Or, le mercure n'agissant qu'à titre de parasiticide, il est le spécifique des lésions à microbes, c'est-à-dire, en syphilis, des lésions secondaires, et de celles-là seulement.

Telle est la tradition, inaugurée par deux maîtres dont la parole s'impose. « Il n'est pas rare, disent-ils, de voir des accidents tertiaires se produire dans le cours même d'un traitement mercuriel. Comment donc espérer une action curative du mercure sur des lésions qu'il est impuissant à prévenir ? » (Ricord et Fournier, *Leçons sur le chancre*, page 219.)

Après la tradition, l'expérience. En fait, est-ce sur le mercure que les praticiens comptent pour guérir les vrais accidents tertiaires ? Non certes.

Si donc c'est en vue de le préserver du tertiarisme que vous continuez le mercure à un sujet qui a passé la période secondaire, je vous rappelle que ce médicament, dans lequel, sur votre parole, il voit la sauvegarde de son avenir, il va le prendre comme garantie d'un danger tout autre que l'état morbide bien déterminé contre lequel ce médicament est reconnu avoir une action spécifique.

Après les autorités qui vous donnent tort, ferai-je intervenir celles qui me donnent raison ? Ni les noms ne me manqueraient, ni le nombre. Parmi les premiers, un seul suffit ici : mon collègue Gailleton, lui aussi professeur officiel, qui, sur les principaux points en question, pense, enseigne, prescrit dans le même sens que moi. Et quant au nombre, je le découvre dans une légion de conformistes qui s'ignorent; témoins muets et par là d'autant plus probants : je veux dire tous les médecins d'hôpitaux où sont traitées des prostituées. En effet, les médecins de la *visite* ne leur envoient les malades, — et par conséquent, ils ne les voient, eux — que lors des poussées; ils ne les traitent donc que pendant ou fort peu de temps après les poussées. En fait, ces malades échappent complètement au traitement entre les poussées. Et néanmoins durant les deux ou trois ans que ces filles — à l'hygiène d'ailleurs si défectueuse — passent sous la surveillance assidue de confrères aussi compétents qu'attentifs, les voit-on en proie à des accidents beaucoup plus graves que le commun des syphilitiques?

Mais on invoque les faits; et l'on a raison. On en appelle aux statistiques; et l'on a deux fois raison. J'ai gagné quelque droit de le dire par un essai de ce genre; essai dont, il faut le reconnaître, l'intention seule fût louée. M'y étais-je donc si mal pris? Qu'on en juge.

En cinq mois, j'avais été consulté par 74 malades dont le chancre datait de 8 à 15 ou 20 jours. Sur ce nombre, 25 avaient pris, prenaient du mercure sous la direction de leur médecin; 49 n'en avaient pas pris.

Aux premiers, je continuai le médicament, à bonnes doses, jusqu'à

la période secondaire; puis, à chaque poussée, durant le cours de cette période. Par contre, j'en dispensai les deuxièmes jusqu'à la période secondaire, et même durant cette période (hors le cas de survenance d'accidents de nature à indiquer formellement la médication spécifique). J'observai ce qui se passait. Puis je publiai les résultats : d'abord au bout de *sept mois;* ensuite au bout de *dix ans.* (*Annales de dermatologie et de syphiligr.* Novembre 1882.) — Et ce résultat fut : que, quant à l'intensité de la maladie observée durant ce laps de temps, il y a eu égalité presque complète entre les récidives apparues chez les sujets de l'une et de l'autre catégorie; c'est-à-dire après une hydrargyrisation prolongée, et en l'absence ou après l'emploi ou exceptionnel, ou discret, parcimonieux même, de cette médication.

Ayant eu soin de spécifier, dès lors, moi-même, dans quelles limites cette comparaison me semblait significative, je fus un peu surpris lorsqu'on me signifia qu'elle ne signifiait absolument rien! Soutenu toutefois par cette parole de Clerc (que je garde en mémoire) : « Les chiffres de M. Diday m'ont donné à réfléchir, » j'attends qu'on me dise et surtout qu'on me montre par un exemple comment il faut s'y prendre pour faire mieux?

Mais, en quelque prix, ou mépris, qu'on tienne cette statistique, sous un rapport je la donne, moi, pour modèle, parce qu'elle est *comparative.*

C'est dire que, d'avance, je dénie toute valeur aux autres, à celles qu'on peut appeler statistiques *unilatérales.* Qu'ils soient effrayants, qu'ils soient rassurants, qu'importent, en effet, dix, vingt, cinquante exemples cliniques, si ceux de la première espèce ont tous été empruntés au dossier de l'une des méthodes, ceux de la deuxième tous au dossier de l'autre ? Or, il en est toujours ainsi, car par la nature des esprits comme par la force des choses, qu'aura cité l'auteur d'une méthode, sinon ses succès ? Et que peut-il, qu'aime-t-il connaître de la méthode opposée de la méthode d'autrui, sinon ses revers (1)?

(1) Ceci excuse plus qu'accuse l'éminent collègue que je vise ici. Plus il possède de titres à la confiance publique, — clinicien éprouvé, professeur hors ligne, dogmatiste entraînant — plus, en un mot, il a de prestige, et plus il y a à craindre que la vérité ne lui parvienne que faussée. L'affluence à sa consultation de cas graves, de tertiaires qui, d'abord traités ailleurs, viennent là comme en appel, ne peut-elle pas l'illusionner sur la signification à lui donner, c'est-à-dire sur la proportion numérique réelle des cas de syphilis qui tournent mal ? — Puis, autre illusion non moins naturelle : le premier mot de ces désolés, en entrant dans un autre cabinet, est toujours : « Docteur, si j'en suis là, c'est qu'on m'a mal traité; c'est qu'on ne m'a pas donné assez de dépuratifs. » Eh bien ! quoi qu'il soit absolument hors d'état de vérifier le fait allégué, le doctrinaire qui recueille cette plainte sera-t-il inexcusable de conclure : « Ma foi ! je ne lui ai pas fait dire. Enregistrons, enregistrons ! »

Donc, puisque d'après l'axiome mathématique, ne sont comparables que des unités de même nature, à quoi bon ce parallèle incessamment étalé de *vos* guéris avec *nos* récidivés ? Et que prétendez-vous en inférer? Que vous préservez mieux que nous du tertiarisme?.. Non; et vous le savez bien, la démonstration n'est pas là.

Mais quoi ! en place de la preuve, ardue à faire, peut-être vous suffit-il de la *croyance!* A la bonne heure; la foi ne se discute point. Mais alors qu'un trait de l'histoire de France nous rappelle comment se recrutent ces suffrages dont tant de doctrinaires invoquent l'appui. Lorsque Henri IV abjura, on sait quels motifs déterminèrent sa conversion. « Les docteurs catholiques, dit ce roi pratique, déclarent qu'il est impossible d'être sauvé en restant protestant; tandis que, au contraire, les ministres protestants reconnaissent qu'on peut faire son salut en devenant catholique. Je dois donc prendre le parti le plus sûr. » — Le parti le plus sûr ! Que faut-il de plus aux croyants d'élite qui peuplent nos cabinets ? Quel meilleur appât faire luire à leurs yeux ? Et comment s'étonner que la gent syphilisable suive l'exemple du roi Vert-Galant ?

Mais contre les gommes, pas plus que contre l'enfer, ni spécialiste, ni religieuse, nulle doctrine ne pouvant garantir le salut, « dans le doute, nous dit-on, que risquez-vous à agir de façon à doubler les chances de sécurité? » — « Ce que nous risquons, je ne le sais que trop, répondront quelques-uns, si doubler les chances consiste à doubler les pilules? »

Eh bien ! c'est pour ceux-là, pour ceux que tente médiocrement une mercurialisation continue, à temps ou à perpétuité, qu'est faite ma méthode. A chaque vérole, selon son intensité constatée, voilà sa devise. Donner tout autant du remède en donnant moitié moins du médicament, voilà son moyen. Et pour cela qu'a-t-il fallu ? D'une part, dans ses faits et gestes avoir découvert les mœurs du microbe parasite, ses mœurs et surtout ses *molles aditus;* se rappeler d'autre part que, même en face d'une maladie spéciale, même quand il manie un spécifique, la meilleure règle qui convienne au praticien est celle qu'il sait et veut prendre la peine d'improviser selon chaque cas; son meilleur guide sera ce mot de Besnier — que la dermatologie peut nous prêter sans s'appauvrir: « Ne soyons pas syphiligraphes, Messieurs, soyons *médecins-syphiligraphes.* »

M. Drysdale : On doit commencer le traitement de la syphilis aussitôt que l'existence de la lésion initiale est constatée. Cependant il est important de savoir que la syphilis peut guérir spontanément lorsque le malade se trouve dans de bonnes conditions hygiéniques ; la maladie alors suit la marche normale : on voit quelques accidents secondaires,

plus tard, un ou plusieurs phénomènes tertiaires peuvent apparaitre, et l'on peut alors voir tous ces accidents se terminer par la guérison, sans qu'on ait employé aucun traitement. Tout observateur qui a tenté le traitement sans mercure de la maladie reconnaîtra la vérité de cette remarque. Il faut tenir compte des probabilités, quand on traite un chancre induré avec les spécifiques, et il ne faut pas toujours donner les remèdes : car il y a des malades qui supportent mal toute sorte de médicament. A propos de la thérapeutique de la syphilis, une première question qui se présente est celle de savoir s'il y a moyen d'empêcher la maladie de se développer du moment qu'il existe un chancre syphilitique.

Si l'on admet, comme les inoculations le démontrent, que le chancre syphilitique est précédé lui-même d'une période d'incubation, et que l'économie est déjà infectée lorsque le chancre paraît, la cautérisation ou l'excision que l'on pratique alors doit être inutile : et, pour ma part, c'est ce que j'ai toujours vu quand l'on a tenté de faire avorter la syphilis, en employant l'excision ou la cautérisation du chancre. Pour moi, ni la cautérisation du chancre, ni aucun traitement local ne peut enrayer le cours de la maladie : le mercure lui-même, ce puissant germicide, donné dans la première période de la syphilis, n'empêche pas souvent, d'après mon expérience personnelle, le développement des accidents secondaires et possède ainsi peu d'action préventive, ni lui, ni l'iodure de potassium, ni aucun autre médicament. Il faut cependant avouer qu'il existe des praticiens de la plus haute science, et notamment M. Henry Lee à Londres, qui prétendent que, si le mercure est employé par le moyen des bains de vapeur avec l'addition de la sublimation du calomel pendant dix-huit à douze semaines, la syphilis peut être enrayée entièrement, à tel degré que ni les symptômes secondaires, ni la période des gommes arrivera. Selon M. Lee, les bains de vapeur au calomel peuvent être supportés pendant un temps indéfini. Il va si loin qu'il affirme qu'il ne peut pas se souvenir d'un seul cas dans sa pratique, qui a été très grande, dans lequel ce traitement, bien suivi, n'ait préservé le malade de l'invasion des affections des os et des nerfs causées par la syphilis. Voilà une opinion importante d'un grand maître de la syphiliographie, qu'il est nécessaire de mentionner avec respect en passant.

Quelques auteurs veulent que l'on donne du mercure dès que l'induration et la pléiade ganglionnaire existent, et c'est là aussi mon avis. On espère, de cette manière, sinon prévenir les accidents ultérieurs, comme dit M. Henry Lee, au moins retarder leur manifestation et peut-être en adoucir l'expression. Quand les syphilides viennent apparaître, le germicide le plus puissant, c'est le mercure, donné par les bains de

vapeur au calomel ou par les frictions mercurielles. J'ai aussi essayé pendant longtemps les pilules de proto-iodure de mercure, 4 centigrammes par jour, et les pilules de Sedillot, deux pilules par jour. Pour moi, le traitement de la syphilis doit être continu, afin de détruire les microbes que, depuis les expériences de M. Pasteur, l'on doit voir, sinon avec le microscope, au moins avec les yeux de l'intelligence. L'iodure de potassium n'est pas un spécifique pendant les périodes première et seconde de la syphilis. Cependant il possède une action très grande sur les douleurs rhumatismales de cette période, administré à la dose de 1 à 2 grammes par jour.

C'est dans la troisième période de la syphilis que l'iodure de potassium est un spécifique miraculeux : son action alors est beaucoup plus puissante que n'est celle du mercure pendant la seconde période. Je le donne à la dose de 2 grammes par jour dans la décoction de salsepareille, qui, si elle est bien préparée, a une action très importante sur la syphilis tertiaire. Quelquefois, quand on est en face d'ulcérations très tenaces, l'on peut élever la dose à 6 grammes par jour, mais cela est rarement nécessaire. Il faut savoir que l'iodure est capable d'engendrer quelquefois des graves symptômes et même de causer la mort du malade. Ainsi il faut surveiller les syphilitiques qui prennent ce médicament, qui, du reste, est rarement préjudiciable à la santé, tandis qu'il est un remède extraordinairement efficace contre les ulcérations de la gorge ou du palais, ou contre les gommes de la peau et des os. Plusieurs médecins ont l'habitude d'administrer une préparation mercurielle avec l'iodure de potassium. Je ne crois pas que cela soit souvent nécessaire. Quelquefois, cependant, quand la guérison de l'ulcère tertiaire tarde à cicatriser, j'ai donné un peu de mercure (une pilule de Sedillot par jour), ou des frictions mercurielles. Comme j'ai remarqué souvent, il y a des cas où l'on ne peut pas administrer le mercure même dans le début de la syphilis. Dans ces cas, il faut attaquer la maladie indirectement par les préparations de fer et de quinquina. Aussi, lorsque les malades souffrent de la cachexie syphilitique, on ne peut rien espérer des spécifiques. La tisane de salsepareille, avec un bon régime alimentaire, est le meilleur traitement dans ces cas ; et je suis très convaincu de l'efficacité de cette tisane, qui était prônée par Benjamin Brodie à Londres, et par son élève distingué, Henry Lee.

M. Jullien (Paris) : A propos de la question actuellement en discussion, je voudrais attirer particulièrement l'attention sur un point connexe, à savoir : *la dilatation de l'estomac dans ses rapports avec la syphilis et son traitement.*

C'est un fait jusqu'ici passé inaperçu, et que je signale tel qu'il m'est comme fortuitement apparu en faisant le recensement de mes observations de tertiaires, et c'est un fait fréquent que la concomitance de la dilatation de l'estomac avec les lésions ultimes de la syphilis. Me limitant volontairement d'abord au point de vue strictement séméiologique, et ne voulant en aucune façon prendre parti dans la discussion sur son rôle pathogénique, par dilatation d'estomac, je veux dire cette affection qui, parmi ses caractères les plus saillants, présente la sonorité exagérée de la région stomacale, la sensibilité de la ligne médiane sus-ombilicale et le clapotement, sans parler ici de certains symptômes sur lesquels je reviendrai.

Or, sur 72 malades, j'en trouve 21 dyspeptiques, soit en moyenne 29 sur 100, presque un tiers. Encore dois-je avouer que je n'ai cherché cette complication que dans ces derniers temps, et qu'à coup sûr elle a dû m'échapper dans un bon nombre de cas vus antérieurement.

I

En ce qui concerne l'étiologie de cette coïncidence morbide, deux facteurs semblent encore être incriminés dans le cas présent : l'influence thérapeutique d'une part, et de l'autre celle des lésions de structure du foie :

1° Sur le premier point, il n'est pas besoin d'une longue démonstration; c'est chose banale que de voir les malades se plaindre de digestions laborieuses pendant le traitement hydrargyrique. Les pilules sont très souvent mal faites, l'agent actif est irrégulièrement distribué, de là des sensations de brûlure, parfois de véritables intoxications avec diarrhée profuse. La liqueur de Van Swieten est souvent cause de coliques violentes. Mais de tous les spécifiques, il n'en est pas de plus justement redoutable à ce point de vue que l'iodure de potassium. Assurément son association aux sirops et mieux encore au lait, la fragmentation des doses, l'absorption précédant le repas, atténuent sensiblement ces effets, mais pas assez pour les rendre négligeables; et bien souvent on se heurte au refus absolu et très raisonné des malades. Je sais bien que devenus optimistes par conviction, nous prenons volontiers notre parti des doléances de nos clients voués à des hydrargyrisations, à des iodurations de trois ou quatre ans. Mais méconnus ou négligés, cause et effets n'en subsistent pas moins.

2° Les lésions de structure du foie jouent un rôle plus fâcheux, mieux démontré, plus actif, on peut dire plus fondamental, et elles ne sont pas moins fréquentes.

Elles dépendent soit de la syphilis, soit de l'alcoolisme, et caractérisent le premier stade du processus qui, s'il n'est enrayé, conduit à la cirrhose. Il serait superflu d'insister sur la coïncidence de la syphilis et de l'alcoolisme. Sur mes soixante-douze malades tertiaires, je compte treize alcooliques notoires, et près de la moitié figurent parmi les dyspeptiques sus-mentionnés. Ce n'est pas chose facile que de reconnaître de prime abord la nature de ces troubles digestifs. On ne peut arriver au diagnostic qu'en tenant compte des antécédents, de la profonde atteinte ressentie par l'état général et de la résistance du mal aux traitements ordinaires. Mais ces éléments sont bien souvent négligés, on est dans l'habitude de rechercher l'alcoolisme quand la cirrhose est déclarée; cela importe peu: ce qu'il faudrait s'attacher à découvrir, c'est la cirrhose commençante, ou mieux la *précirrhose*, suivant l'expression de mon ami, le Dr Glénard, et la nature soit alcoolique, soit spécifique de cette lésion.

[Pour ce pathologiste, la « *précirrhose du foie* », dont la notion s'impose par la clinique en attendant qu'elle soit vérifiée par l'anatomie pathologique, constituerait une *étape, qui peut rester définitive*, dans le cycle morbide commençant par la congestion du foie et se terminant par la cirrhose hypertrophique ou atrophique. Le foie atteint de précirrhose peut donc ne pas dégénérer en cirrhose, grâce à l'intervention thérapeutique, mais il ne rétrocédera jamais non plus *ad integrum*. Du reste, « il suffit que le foie ait été, à un moment donné, le siège d'une congestion pour qu'il soit désormais déchu. » Cette déchéance qui peut rester plus ou moins longtemps latente et dont le degré est variable suivant la cause de la congestion, se caractérise cliniquement, lorsqu'elle a abouti à la précirrhose : 1° par une *déformation particulière du foie* avec élasticité spéciale du tissu hépatique, appréciables par ce mode de palpation que Glénard a décrit sous le nom de « procédé du pouce »; 2° par un syndrome en rapport avec la maladie fonctionnelle encore inconnue du foie atteint de précirrhose — et très justement caractérisé par les termes de « *neurasthénie hépatique* ». La neurasthénie hépatique doit être distinguée du rhumatisme goutteux, de la lithiase biliaire ou urique, de l'entéroptose, de la dilatation d'estomac, affections avec lesquelles elle présente des traits communs et dont elle révêt habituellement l'allure apparente. Suivant l'origine de l'affection du foie, il y aurait une précirrhose « éthylique », puerpérale, psychique, syphilitique, etc. (1).]

(1) Voir : Glénard, de la palpation du foie par le « procédé du pouce », *in thèse de Françon*. Lyon, 1888. — Obs. de neurasthénie hépatique par précirrhose éthy-

II

La dilatation de l'estomac engendre des symptômes nerveux qui peuvent jeter un grand trouble dans le diagnostic de la syphilis tertiaire. Leven, mieux que personne, a insisté sur les céphalées, les vertiges, parfois les convulsions, les troubles psychiques qui caractérisent la névrose cérébro-gastrique. A la lecture de ces pages, fidèle tableau de la clinique, on ne peut s'empêcher d'être frappé par la similitude de beaucoup de ces manifestations avec celles de la syphilis cérébrale, et depuis que notre attention a été appelée sur ce sujet, nous avons pu nous convaincre que la confusion était non seulement possible, mais fréquente. Les douleurs de tête, l'asthénie profonde qui en résulte, la prostration, l'hypocondrie se trouvaient à leur maximum dans une de nos observations (obs. 64); le traitement stomacal est institué, et du jour au lendemain le malade est soulagé, tout change dans l'économie, il se sent revivre. Un autre sujet (obs. 5) n'écrit plus qu'avec difficulté, parfois une lettre échappe; de même il a des défaillances de mémoire, des obnubilations passagères; son caractère devient irascible, il bat ses gens. En même temps, il porte sous la langue une plaque muqueuse fort ancienne; je le soumets au traitement, la plaque muqueuse disparaît, mais les troubles nerveux persistent; j'examine l'estomac, et constate sans peine le flot et la sensibilité du plexus au niveau d'un organe démesurément agrandi. Un autre (obs. 21) accuse des troubles légers commençant par une sensation de vague; il pâlit, se sent couvert de sueur froide et reste deux minutes comme anéanti; c'est un vertige, une défaillance, qu'il compare à celle du mal de mer. Petit mal, absence, diraient plus d'un syphiligraphe. Ils se tromperaient, ce jeune homme n'était qu'un dyspeptique, comme le traitement l'a démontré; je pourrais multiplier ces exemples, mais à quoi bon. J'affirme encore que leur fréquence est extrême. On a jadis accusé le mercure de grands méfaits. Il y a seize ans, j'ai moi-même, me basant sur les résultats d'une statistique considérable, démontré que les accidents nerveux s'observaient surtout au cours des syphilis fortement mercurialisées, et d'autres observateurs ont apporté des faits nouveaux à l'appui de cette manière de voir. Il est probable que quelques-uns de ces faits sont justiciables de l'interprétation que je présente aujourd'hui, et qui n'infirme pas nos résultats anciens, mais bien au contraire les corrobore.

lique; *in thèse de Raphély*. Lyon, 1889. — De l'entéroptose, conférence faite à l'hôpital de Mustapha, Alger; *in Presse médicale belge*, fév. 1889, et tirage à part, Bruxelles, Mayoly, 1889, p. 26.

Je dois noter aussi d'autres effets susceptibles d'en imposer pour une de ces cardiopathies spécifiques que de bonnes observations nous obligent à ne jamais perdre de vue dans l'examen des tertiaires. Chez les uns, ce sont des douleurs du squelette précordial, des seins, des mamelons; chez d'autres, palpitations avec spasmes, étouffements; chez presque tous, il y a réveil brusque pendant le sommeil. Un de mes malades, homme intelligent et fort éclairé, plus versé qu'il n'eût fallu dans la lecture des ouvrages spéciaux, entrevoyait déjà l'artério-sclérose ou les gommes du myocarde (obs. 5).

Étant donnée la symptomatologie que je viens d'esquisser, on comprend la nécessité et la difficulté d'arriver à un diagnostic précis. Car, à côté des cas types où tous les signes relèvent, soit de la syphilis, soit de la dyspepsie, il ne faut pas perdre de vue ceux dans lesquels les deux processus coïncident et se compliquent. En pareil cas, en effet, il ne suffit pas d'avoir trouvé l'estomac en faute pour donner l'interprétation du syndrome, il faut encore élucider si la syphilis n'y intervient pas, et dans quelle mesure. Or, je ne sache guère de plus difficile problème en clinique, et je crois bien qu'il serait insoluble sans le secours de la thérapeutique. On se souviendra cependant que la céphalalgie gravative du dyspeptique est intermittente, peu localisée, rarement accompagnée de l'affreuse sensation de compression ou de déchirement qui caractérise celle du syphilitique, qu'elle cesse la nuit et permet au patient de s'endormir; que, à l'exception des altérations de la mémoire, de la modification du caractère exaspéré et irritable, les autres troubles nerveux sont en général mal dessinés; ses absences sont moins complètes, les vertiges moins soudains et plus durables, enfin l'aphasie ou mieux la dysphasie est exceptionnelle. Un caractère général, plus significatif encore, est la lenteur avec laquelle ces désordres évoluent, les fonctions restent languissantes pendant des mois, parfois des années, sans progrès sensible. Il semble qu'il s'établisse une sorte d'équilibre morbide qui devient une seconde nature pour le malade.

III

Les moyens de la thérapeutique s'utilisent ici, et à titre de secours, et à titre d'épreuve. D'abord, en vue de la complication gastro-intestinale, il faut, dès le début de la syphilis, n'omettre aucune des précautions nécessaires pour faire accepter le traitement spécifique sans détriment pour l'estomac. On redoublera de prudence si ce viscère présente quelque prédisposition, si l'on reconnaît l'existence de troubles fonctionnels, si l'on constate un commencement de dilatation. On a dit,

et avec raison, qu'un praticien consciencieux ne devait prescrire le mercure qu'après un examen attentif des gencives et des dents; on doit ajouter aujourd'hui que l'exploration de l'appareil digestif n'est pas moins utile, une dyspepsie n'était pas moins redoutable qu'une stomatite.

Si la muqueuse digestive est saine, on prescrira le traitement jugé convenable suivant les règles habituelles, en ayant soin de faire prendre les médicaments au moment des repas, avant ou après. Mais un estomac dilaté ou atonique, par gastroptose, ou par précirrhose du foie, impose une thérapeutique toute différente, et je me hâte de dire qu'avec les bains, les frictions, les lavements et surtout les injections hypodermiques, nous ne manquons pas de ressources; j'y reviendrai dans un instant.

Se trouve-t-on en présense de ces cas d'accidents pseudo-tertiaires qu'une diagnose méticuleuse permet de rattacher à l'affection gastrique ou hépato-gastrique ? On ne saurait, pour ces derniers, formuler d'autre traitement à la fois thérapeutique et diététique que celui de la dyspepsie nerveuse, si bien établi, depuis quelques années, par MM. Bouchard, Sée, Leven, Glénard, et sur lequel il ne m'appartient pas d'insister.

Quant au traitement d'épreuve, il est banal, mais dans notre cas il serait déplacé de le borner au classique iodure. Grâce aux progrès de la médication antidyspeptique, il est rationnel de commencer l'épreuve par l'emploi des agents de cet ordre. Car ceux-là peuvent suffire, et dans ce cas ils auront rendu un double service en dispensant de l'iodure. La pratique, sous ce rapport, nous réserve plus d'une agréable surprise, car il m'est arrivé plusieurs fois de dissiper avec le régime et quelques cachets de naphtol des accidents d'apparence syphilitique fort redoutables.

Voyons maintenant ce qu'il convient de faire dans les cas si intéressants où les deux processus se combinent. L'indication est alors de traiter rigoureusement la syphilis sans le secours de l'estomac, qui lui-même est surmené et réclame son traitement propre. Si le cas est d'une urgente gravité, il n'y a pas à hésiter, c'est à l'injection de calomel, suivant les principes de la méthode Scarenzio-Smirnoff, qu'il faut avoir recours. Nous sommes peu fixés encore sur toutes les vertus de ce moyen précieux entre tous, mais on ne peut nier son efficacité supérieure, même dans les cas d'accidents tertiaires confirmés, à l'heure où la plupart des préparations internes seraient radicalement inefficaces. L'huile grise mercurielle, préparée selon la méthode de Vigier et injectée tous les huit jours, à la dose d'un quart de centimètre cube, sera réservée pour les cas ordinaires, à moins qu'on ne lui préfère, en vertu de certaines susceptibilités l'injection quodidienne des sels

solubles. Mais après avoir fait un très grand nombre des unes et des autres, je tiens à témoigner hautement de l'innocuité de l'huile hydrargyrique et de sa remarquable efficacité.

Y joindre l'iodure sera le plus souvent nécessaire. Sans méconnaître le succès des tentatives d'injections sous-cutanées de ce sel, il faut avouer que la voie rectale reste de beaucoup préférable; sans accidents, sans inconvénients, les malades peuvent chaque jour, et parfois pendant des mois, prendre des lavements à deux, trois, quatre grammes. Il y a, je crois, avantage à choisir le lait comme véhicule, suivant une pratique vantée par M. Guyon pour l'administration du bromure de potassium (1).

La syphilis étant ainsi combattue, rien n'empêche de faire part égale à la dyspepsie, qu'il s'agisse de dilatation simple ou d'entéroptose, et par les poudres, les élixirs, les lavages, le traitement de Glénard (sangle, laxatifs, régime, alcalins), suivant les degrés du mal, et, aussi, il faut bien le dire, la doctrine que l'on adopte de poursuivre sans obstacle le rétablissement de l'organe et la guérison du malade.

Je conclus :

1° La dyspepsie s'observe avec une grande fréquence dans le cours de la syphilis, et il y a lieu de supposer que le traitement spécifique, tel qu'il est le plus généralement institué, n'est point étranger à son développement.

2° Elle peut simuler certains accidents de la phase tertiaire, et en tous cas s'ils existent, les complique et les aggrave.

3° Le diagnostic exact n'est souvent possible qu'à la faveur d'une thérapeutique d'épreuve, soit pour la syphilis, soit pour la dyspepsie.

4° S'il est démontré que les deux processus coexistent, il faut faire double traitement et combattre la syphilis sans l'intervention de l'injection stomacale, c'est-à-dire par les injections sous-cutanées mercurielles et les lavements iodurés.

MM. H. Leloir et M. A. Tavernier (Lille) : Depuis deux ans, nous avons employé dans nos salles de l'hôpital Saint-Sauveur les injections sous-cutanées de préparations mercurielles. Un grand nombre de malades des deux sexes et de tout âge ont été ainsi traités. Si nous n'avons pas publié plus tôt le résultat de nos recherches sur ce sujet, c'est que nous n'avons pas voulu émettre une opinion sur une question aussi importante de thérapeutique antisyphilitique en nous basant sur un nombre insuffisant d'observations.

(1) Dans un seul cas, j'ai observé ceci : après un lavement contenant 2 gr. 50 d'iodure, le malade était pris de malaise général, nausées, puis au bout d'un quart d'heure, d'envie de vomir. (Obs. 69).

Le grand nombre d'injections que nous avons fait nous permet maintenant d'avoir une opinion personnelle sur la valeur de ce traitement que nous avons employé dans notre service, sans nous laisser détourner de cette pratique par des opinions purement spéculatives, sans nous laisser enthousiasmer par des statistiques parfois un peu hâtives ou insuffisantes.

Nous avons ainsi pratiqué un total de 1,573 injections, et cela pour combattre les accidents des périodes les plus diverses de la syphilis, syphilides érythémateuses, syphilomes résolutifs, syphilomes non résolutifs.

Nous ne nous sommes pas cru autorisés à employer cette méthode dans les cas de syphilis cérébrale ou spinale, l'expérience nous ayant appris à redouter certains accidents produits par les injections, ainsi que l'on pourra s'en convaincre par l'exposé statistique ci-dessous.

Ces 1,573 injections se décomposent ainsi :

875 ont été pratiquées avec le calomel en suspension dans l'huile de vaseline :

Huile de vaseline	12
Calomel.	1

dont on injectait tous les huit jours le volume d'une demi-seringue de Pravaz dans la masse musculaire de chaque fossette rétro-trochantérienne en enfonçant l'aiguille dans toute sa longueur. Nous avons aussi pratiqué quelques injections dans les muscles de la masse sacro-lombaire, mais nous avons été obligés d'y renoncer à cause des douleurs trop violentes qu'elles provoquent.

642 injections ont été pratiquées avec l'oxyde jaune en suspension dans l'huile de vaseline :

Huile de vaseline	12
Oxyde jaune de HG.	1

L'injection se faisait identiquement de la même façon et aux mêmes dates que les injections de calomel.

56 injections ont été faites avec l'huile grise, d'après la méthode de Lang, mais en employant la formule de Neisser :

Huile de vaseline.	40	grammes
Teinture éthérée de benjoin.	5	—
Mercure purifié	20	—

Ici, l'on injectait tous les neuf jours, un tiers de seringue de Pravaz, dans une fesse seulement.

Il n'est pas besoin de dire que toutes nos injections ont été faites en

nous entourant de toutes les précautions antiseptiques possibles et avec le plus grand soin. Aussitôt l'injection faite, on appliquait sur le point de la piqûre une rondelle d'emplâtre de Vigo *cum mercurio*.

Si l'on consulte nos observations résumées dans les tableaux statistiques ci-dessous, l'on constate que, d'une façon générale, les injections sous-cutanées agissent surtout sur les éruptions érythémateuses ou sur les éruptions de syphilomes résolutifs du tégument externe;

Que les injections de calomel et d'oxyde jaune, surtout les injections de calomel, font disparaître avec une véritable brutalité, souvent même avec une rapidité étonnante (comme nous l'avons dit dans nos cliniques), les éruptions érythémateuses ou les syphilomes résolutifs du tégument externe;

Que des trois variétés d'injections employées, celle qui agit avec le plus d'intensité est l'injection de calomel (1) et celle qui agit avec le moins d'intensité l'injection d'huile grise;

Qu'en ce qui concerne leur action sur les syphilomes résolutifs, celle-ci est beaucoup plus brutale, plus énergique que celle du traitement interne, quel qu'il soit;

Que leur action sur les syphilides du tégument interne et en particulier sur les plaques muqueuses est très peu intense, presque nulle pour ainsi dire; que dans bien des cas, elle échoue (2); qu'il arrive même au contraire que de véritables poussées de plaques muqueuses surviennent quatre à cinq jours en moyenne après l'injection;

Que leur action sur les syphilomes non résolutifs est assez irrégulière, que ceux-ci résistent souvent à ces injections et ne peuvent être guéris que par les frictions et le traitement hydrargyrique local.

Il importe maintenant de signaler les inconvénients majeurs résultant de l'emploi de cette méthode.

Si l'on parcourt les statistiques ci-dessous, l'on constate que l'on peut observer après une injection les complications suivantes :

a) Des douleurs locales ou irradiées parfois extrêmement violentes, pouvant aller jusqu'à empêcher la marche et durant en moyenne de un à trois jours, mais pouvant aller jusqu'à neuf jours et même davantage;

b) De la parésie des membres inférieurs;

c) Des vertiges, de la céphalalgie;

(1) Nous avons vu deux fois une seule injection de calomel faire disparaître totalement et en vingt-quatre heures une roséole généralisée intense.

(2) Nous avons vu plusieurs fois des plaques muqueuses qui avaient résisté à huit, dix et même douze injections de calomel ou d'oxyde jaune, disparaître complètement au bout de quinze jours de friction hydrargyrique (2 grammes d'onguent hydrargyrique double).

d) Des poussées de plaques muqueuses buccales (survenant de quatre à cinq jours en moyenne après l'injection (fait curieux et non encore signalé);

e) Des poussées d'hydrargyrie cutanée des fesses débutant (chose intéressante et non signalée encore) autour du point injecté;

f) Des stomatites hydrargyriques, en général légères, mais quelquefois sérieuses et de longue durée;

g) Des diarrhées simples, et plus souvent sanguinolentes, survenant dans l'espace de huit jours qui sépare deux injections :

h) Des tumeurs dermo-hypodermiques non suppurées, et parfois des sortes de tumeurs remplies d'une sérosité roussâtre ou d'un liquide sanguinolent, mais n'aboutissant pas à la suppuration. (Remarquons, fait majeur, que dans nos 1,573 injections nous n'avons pas observé un seul cas de suppuration, d'abcès consécutifs à l'injection au niveau du point injecté.)

A ces inconvénients (et cela résulte de ce qui précède et en particulier des douleurs que provoquent ces injections), nous pourrions ajouter que, dans bien des cas, des malades de notre service ont préféré quitter nos salles plutôt que de se soumettre à cette méthode thérapeutique.

Faire accepter cette pratique dans la clientèle privée nous paraît bien difficile, comme E. Besnier l'a justement fait remarquer. L'un de nous a dû complètement y renoncer.

Quant aux récidives, elles nous ont semblé fréquentes et précoces chez les sujets ainsi traités.

Notons immédiatement que, par contre, les malades traités par les frictions hydrargyriques nous ont paru bien plus à l'abri des récidives, que les sujets traités par les injections. Des trois variétés d'injections, ce sont les injections au calomel qui déterminent le plus d'accidents (douleurs, stomatites, diarrhées, vertiges, poussées de plaques muqueuses, tumeurs sanguines, etc.); ce sont les injections d'huile grise qui en produisent le moins; mais, par contre, ce sont aussi les moins actives (1).

Si nous voulions émettre notre opinion sous forme d'aphorismes sur la valeur thérapeutique de ces injections, nous dirions :

a) Le traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de préparations hydrargyriques doit être réservé surtout au traitement des éruptions érythémateuses ou des éruptions de syphilomes résolutifs du tégument externe;

(1) Dans six cas où l'on avait, par mégarde, injecté une seringue de Pravaz entière d'*huile grise*, au lieu de 1/3 de seringue, il n'est survenu aucun accident.

b) Il peut être employé lorsqu'il y a intérêt à faire disparaître très rapidement, brutalement, lesdites éruptions.

c) Il est surtout, pour ne pas dire uniquement, applicable à la clientèle hospitalière, ou aux sujets qui peuvent garder le lit quelques jours.

d) Il est surtout recommandable pour le traitement des filles publiques.

e) Il n'a qu'une action minime sur les syphilides des muqueuses.

f) Contrairement à ce qu'ont dit certains auteurs, il est loin de mettre à l'abri de récidives parfois très proches.

g) Dans bien des cas, il échoue, là où le traitement par les frictions réussit.

h) Il ne doit pas être employé pour guérir les syphilomes non résolutifs, sauf dans des cas exceptionnels de syphilomes non résolutifs du tégument externe, conjointement avec le traitement local, et l'iodure de potassium.

i) Il ne doit pas être employé dans les cas de syphilis cérébrale ou spinale.

j) Il ne doit pas être employé, en général, dans les cas de syphilis viscérale.

k) Il ne doit pas être employé, en général, dans le traitement de la syphilis des femmes enceintes.

l) Il ne doit pas être employé dans le traitement de la syphilis infantile.

m) Il peut déterminer différents accidents que nous avons énumérés dans les statistiques ci-dessous.

En résumé, le seul avantage de ce traitement (et encore ne s'agit-il que du traitement de certaines syphilides érythémateuses, syphilomes résolutifs et du tégument externe seulement) nous paraît être la rapidité, la brutalité même.

Cette action brutale et d'ailleurs assez passagère compense-t-elle les inconvénients que nous avons signalés ? Nous laissons à nos confrères le soin de décider.

S'il veulent aller vite, qu'ils emploient de préférence l'oxyde jaune qui offre moins d'inconvénients que le calomel et présente à peu près autant d'action que lui.

S'ils veulent aller lentement, avec le moins d'inconvénients possible, qu'ils prennent l'huile grise employée pour la première fois par le professeur Lang.

Mais, si l'on nous demande notre opinion sur le traitement de la syphilis par les injections ou autrement, nous dirons :

Dans l'immense majorité des cas, malgré leurs inconvénients, nous préférons les frictions, ou mieux, voici comment nous agissons le plus souvent : au moyen de frictions, nous faisons disparaître l'éruption et cela aussi vite qu'avec les injections (beaucoup plus vite en ce qui concerne les syphilides des muqueuses).

L'éruption disparue, pour maintenir nos malades en état d'imprégnation hydrargyrique, nous employons, suivant les cas, sans nous laisser guider par un traitement schématique et bien souvent inapplicable, le traitement interne (sous forme de pilules de bichlorure, de proto-iodure, etc.).

De temps à autre, après des instants de repos variables suivant les cas, nous soumettons de nouveau nos malades aux frictions.

Chaque poussée nouvelle de syphilides, s'il y en a, est immédiatement combattue par les frictions.

Tel est le traitement que nous faisons suivre, en général, à nos malades, pendant la première ou la deuxième année, et qui n'est autre que celui qui est employé par l'un de nous depuis 1884 dans sa clinique à l'hôpital Saint-Sauveur. (Leloir, Cliniques de l'hôpital Saint-Sauveur, 1884-1889.)

Quant à l'iodure, nous ne le donnons qu'à partir de la deuxième année.

Nous conseillons de parcourir attentivement le résumé de nos 1,573 injections, publié dans les statistiques suivantes.

Le lecteur pourra ainsi se rendre parfaitement compte des avantages et des inconvénients des injections sous-cutanées de préparations mercurielles insolubles dans le traitement de la syphilis.

Injections de calomel.

875 injections.

Douleurs :	Vertiges, maux de tête, insomnie	4 fois
—	Locales	117 —
—	Sous forme d'élancements	107 —
—	Sous forme de picotements	8 —
—	Sensation de vide	4 —
—	Sensation de crampe	2 —
—	Sensation de lourdeur des jambes	6 —
—	Sensation de tiraillement dans les jambes	5 —
—	Sensation de courant d'eau sous la peau.	2 —
—	Sensation de brisure d'os	4 —
—	Insensibilité.	4 —
—	Parésie des membres	4 —

Douleurs : Hyperesthésie à la pression	54	fois
— Empêchant de marcher	67	—
En tout 384 fois.		
Début des douleurs : Aussitôt l'injection	78	fois
— 1/2 heure après	1	—
— 1 heure après	6	—
— 2 heures après	7	—
— 6 heures après	1	—
— 12 heures après	39	—
— 16 heures après	1	—
— 24 heures après	73	—
— 36 heures après	10	—
— 48 heures après	39	—
— 72 heures après	11	—
— 5 jours après	8	—
— 7 jours après	4	—
Durée des douleurs : 2 heures	1	—
— 5 heures	4	—
— 8 heures	2	—
— 12 heures	34	—
— 24 heures	40	—
— 36 heures	1	—
— 48 heures	42	—
— 72 heures	14	—
— 4 jours	19	—
— 5 jours	10	—
— 6 jours	4	—
— 9 jours	7	—
— 10 jours	2	—
— 1 mois	1	—
— 2 mois	1	—
Brisure d'une aiguille dans la fesse	1	—
Poussée de plaques dans la bouche survenant 4 à 5 jours en moyenne après l'injection	44	—
Hydrargyrie cutanée des fesses débutant autour du point injecté	5	—
Stomatite hydrargyrique simple, légère	30	—
Stomatite hydrargyrique moyenne, ulcéreuse	5	—
Diarrhées : simple	2	—
— sanguinolente	6	—

(Survenant dans l'intervalle qui sépare 2 injections).

Répugnance des malades : sortie		16	fois
Tumeurs à la suite des injections :			
a) Dermo-hypodermiques non suppurées		260	—
b) Envahissant toute la peau d'emblée et non suppurées		62	—
c) Hématocèles (à sérosité roussâtre et sanguinolente, non purulente)		70	—
Récidive après les injections :	1 mois après	2	—
— —	2 mois 1/2 après	3	—
— —	2 mois après	6	—
— —	2 mois 1/2 après	2	—
— —	3 mois après	5	—
— —	4 mois après	5	—
— —	5 mois après	3	—
— —	6 mois après	1	—
Résistance aux injections, guérison par les frictions.		1	—

Action des injections :

Sur les syphilides érythémateuses :

Disparition : Dans 3 cas après 1 injection.

Dans 1 cas après 2 injections :

Sur les syphilides maculeuses :

Dans 19 cas après 1 injection.

Dans 4 cas après 2 injections.

Sur les syphilides maculeuses à larges éléments :

Dans 2 cas après 1 injection.

Dans 3 cas après 2 injections.

Dans 1 cas après 3 injections.

Sur les syphilides maculo-papuleuses :

Dans 4 cas après 1 injection.

Dans 6 cas après 2 injections.

Dans 4 cas après 3 injections.

Dans 3 cas après 4 injections.

Sur les syphilides papuleuses :

Dans 3 cas après 1 injection.

Dans 7 cas après 2 injections, 1 roséole boutonneuse.

Dans 4 cas après 3 injections.

Dans 3 cas après 4 injections, 2 roséoles boutonneuses.

Dans 1 cas après 7 injections.

Sur les syphilides papulo-squameuses :

Dans 2 cas après 1 injection.

Dans 7 cas après 2 injections.

Disparition : Dans 7 cas après 3 injections.
Dans 2 cas après 4 injections.

Sur les syphilides papulo-croûteuses :
Dans 4 cas après 2 injections.
Dans 9 cas après 3 injections, en laissant 4 fois des macules pigmentaires.
Dans 4 cas après 4 injections, en laissant 2 fois des macules pigmentaires.
Dans 1 cas après 5 injections, en laissant 1 fois des macules pigmentaires.
Dans 1 cas après 6 injections, en laissant des macules pigmentaires.

Sur les syphilides papulo-squameuses des mains et des pieds :
Dans 1 cas après 2 injections.
Dans 2 cas après 3 injections, en laissant 1 fois des macules pigmentaires.
Dans 3 cas après 4 injections.

Sur les syphilides papulo-granuleuses :
Dans 2 cas après 2 injections.
Dans 3 cas après 4 injections, en laissant 2 fois des macules pigmentaires.

Sur les syphilides papulo-granuleuses tendant à se grouper :
Dans 1 cas après 3 injections.
Dans 1 cas après 4 injections.

Sur les syphilides papulo-pustuleuses :
Dans 1 cas après 3 injections.
Dans 1 cas après 5 injections.

Sur les syphilides tuberculo-croûteuses :
Dans 1 cas après 4 injections.

Sur les gommes cutanées superficielles :
Dans un cas après 4 injections.

Dans 95 cas de syphilides papuleuses de la vulve, les lotions résolutives ont dû être aidées de lotions à la liqueur de Labarraque, d'application de poudre d'oxyde de zinc, et de cautérisation au nitrate d'argent.

Dans 73 cas de papules buccales, ces lotions ont dû être accompagnées de cautérisations au nitrate d'argent.

Dans 6 cas de papules érosives suintantes interdigitales des orteils, on a dû employer des lotions avec la liqueur de Labarraque et de la poudre d'oxyde de zinc.

Dans 2 cas de syphilomes chancriformes on a dû également employer, avec les injections, de la pommade au calomel.

Dans 3 cas d'onyxis, on a dû faire un pansement avec iodoforme et le Vigo.

Dans 3 cas de syphilides tuberculo-ulcéreuses, on a dû employer l'iodoforme et le Vigo.

Dans 1 cas de gomme ulcérée, on a adjoint à l'injection 1 gramme d'iodure de sodium à l'intérieur.

Dans 9 cas de gomme ulcérée, on a dû de même employer de l'iodure et le pansement à l'iodoforme et au Vigo.

Dans 2 cas, on a vu une seule injection faire disparaître une éruption de macules érythémateuses en vingt-quatre heures.

Injections d'oxyde jaune.

642 injections.

Vertiges, maux de tête		3 fois.
Attaque d'hystérie		1 —
Douleurs : locales		84 —
—	sous forme d'élancements	83 —
—	sensation de vide	11 —
—	sensation de crampe	1 —
—	sensation de lourdeur dans les jambes	10 —
—	sensation de tiraillement	1 —
—	dans la masse sacro-lombaire	4 —
—	sensation de courant d'eau sous la peau	2 —
—	sensation de brisure d'os	1 —
—	hyperesthésie à la pression	20 —
—	empêchant de marcher	33 —
—	insensibilité	2 —
	En tout 252 fois.	
Début des douleurs :	aussitôt l'injection	108 fois.
—	1/4 d'heure après l'injection	2 —
—	1/2 heure après l'injection	7 —
—	3/4 d'heure après l'injection	1 —
—	1 heure après l'injection	7 —
—	2 heures après l'injection	4 —
—	6 heures après l'injection	5 —
—	12 heures après l'injection	3 —
—	24 heures après l'injection	9 —
—	48 heures après l'injection	10 —

Début des douleurs :	4 jours après l'injection	3 fois
—	7 jours après l'injection	1 —
Durée des douleurs :	1/2 heure.	3 —
—	1 heure.	5 —
—	2 heures	1 —
—	3 heures	2 —
—	6 heures	3 —
—	12 heures	3 —
—	24 heures	19 —
—	48 heures	35 —
—	72 heures	33 —
—	4 jours.	17 —
—	5 jours.	15 —
—	6 jours.	6 —
—	7 jours.	7 —
—	9 jours.	4 —
	(dont 2 injections dans les lombes).	
Poussée de plaques dans la bouche survenant de 4 à 5 jours en moyenne après l'injection.		26 fois
Hydrargyrie cutanée des fesses (débutant autour du point injecté)		5 —
Érythème avec phlyctène.		1 —
Stomatite hydrargyrique simple, légère		14 —
Stomatite hydrargyrique moyenne, ulcéreuse		5 —
Diarrhée simple		1 —
Répugnance des malades. Sortie.		6 —
Tumeurs à la suite des injections :		
a) Dermo-hypodermiques, non suppurées		252 —
c) Envahissant toute la peau d'emblée, non suppurées.		155 —
b) Hématocèles (écoulement noirâtre et sanguinolent).		32 —
Récidive après les injections, au bout de	1 mois. . .	11 —
— — —	2 mois. . .	5 —
— — —	3 mois. . .	3 —
— — —	4 mois. . .	5 —
— — —	5 mois. . .	3 —
— — —	6 mois. . .	1 —
— — —	7 mois. . .	1 —
— — —	8 mois. . .	1 —
— — —	9 mois. . .	1 —

Résistance aux injections, guérison par frictions. . . 3 fois

Action des injections :

Sur les syphilides érythémateuses :

Disparition : Dans 4 cas après 1 injection.

Sur les syphilides maculeuses :

Dans 15 cas après 1 injection.
Dans 5 cas après 2 injections.

Sur les syphilides maculeuses à larges éléments.

Dans 1 cas après 2 injections.

Sur les syphilides maculo-papuleuses :

Dans 2 cas après 1 injection.
Dans 3 cas après 2 injections.
Dans 1 cas après 3 injections.

Sur les syphilides papuleuses :

Dans 3 cas après 1 injection.
Dans 4 cas après 2 injections.
Dans 5 cas après 3 injections.

Sur les syphilides papulo-squameuses :

Dans 4 cas après 1 injection.
Dans 7 cas après 2 injections.
Dans 5 cas après 3 injections.
Dans 1 cas après 4 injections.
Dans 1 cas après 5 injections.

Sur les syphilides papulo-croûteuses :

Dans 2 cas après 2 injections, en laissant des macules pigmentaires.
Dans 1 cas après 3 injections.
Dans 3 cas après 4 injections.
Dans 1 cas après 5 injections, en laissant des macules pigmentaires.

Sur les syphilides papulo-squameuses des mains et des pieds :

Dans 1 cas après 1 injection.
Dans 1 cas après 2 injections.
Dans 1 cas après 3 injections.
Dans 2 cas après 4 injections.
Dans 1 cas après 5 injections.

Sur les syphilides papulo-granuleuses :

Dans 2 cas après 3 injections.
Dans 1 cas après 4 injections.
Dans 1 cas après 5 injections.

Sur les syphilides granuleuses tendant à se grouper :

Disparition : Dans 1 cas après 1 injection, en laissant des macules pigmentaires.

Dans 1 cas après 2 injections.

Dans 1 cas après 4 injections.

Dans 1 cas après 7 injections.

Dans 1 cas après 9 injections.

Sur les syphilides papulo-pustuleuses :

Dans 1 cas après 3 injections, en laissant des macules pigmentaires.

Dans 1 cas après 4 injections, en laissant des macules pigmentaires.

Sur les syphilides tuberculo-croûteuses :

Dans 1 cas après 3 injections.

Dans 55 cas de syphilides papulo-érosives de l'anus et de la vulve, les lotions résolutives ont dû être aidées de lotions à la liqueur de Labarraque, d'application de poudre d'oxyde de zinc et de cautérisations au nitrate d'argent.

Dans 57 cas de papules buccales, ces lotions ont dû être accompagnées de cautérisations au nitrate d'argent.

Dans 5 cas de papules érosives suintantes interdigitales des orteils, on a dû employer des lotions à la liqueur de Labarraque et de la poudre d'oxyde de zinc.

Dans 2 cas de syphilomes chancriformes, on a dû employer conjointement avec les injections, de la pommade au calomel.

Dans 2 cas d'épididymite gommeuse, on a dû ajouter 2 grammes d'iodure de sodium.

Dans 2 cas de syphilides tuberculeuses, on a dû ajouter 2 grammes d'iodure de sodium.

Dans 5 cas de syphilides tuberculo-ulcéreuses, on a dû employer l'iodoforme en poudre et le Vigo.

Dans 6 cas de gommes ulcérées, on a dû de même employer l'iodoforme, le Vigo et l'iodure.

Injections d'huile grise.

56 injections.

Douleurs :	Locales	12 fois
—	Sous forme d'élancements	1 —
—	Sous forme de sensation de pesanteur. .	1 —
—	Sous forme d'engourdissement des jambes.	2 —
—	A la pression.	2 —

En tout 18 fois.

Début des douleurs : 24 heures après. . . . . 15 fois.
Durée des douleurs : 1 heure. . . . . 4 —
— 2 heures . . . . 1 —
— 3 heures . . . . 4 —
— 4 heures . . . . 2 —
— 12 heures . . . . 1 —
— 24 heures . . . . 2 —
Poussée de plaques muqueuses survenant de 4 à 5 jours en moyenne après l'injection : . . . . 4 –
Hydrargyrie cutanée. . . . . 1 —
Tumeurs à la suite des injections :
a) Dermo-hypodermiques, non suppurées . . . . . 7 —
b) Envahissant toute la peau d'emblée et non suppurées. 1 —
c) Hématocèles (écoulement de sérosité rougeâtre et sanguinolente) . . . . 1 —
Action des injections :
Sur les syphilides maculeuses :
Après 2 injections . . . . 1 —
Sur les syphilides papuleuses :
Après 2 injections. . . . . 1 —

Dans 2 cas de syphilides papuleuses, l'action a été nulle.
Action des injections :

Dans un cas, une injection de calomel a fait pâlir en trois jours l'éruption qui avait résisté à 2 injections d'huile grise.

Sur les syphilides papuleuses circinées :
Dans 1 cas après 3 injections.
Dans 1 cas après 5 injections.
Sur les syphilides croûteuses :
Dans 1 cas après 4 injections, en laissant des macules pigmentaires.

Dans 8 cas de syphilides papulo-érosives de l'anus et de la vulve, on a dû employer la liqueur de Labarraque, et la poudre d'oxyde de zinc.

Dans 6 cas de papules buccales, on a dû se servir de cautérisations au nitrate d'argent.

M. Schwimmer. Après avoir entendu des spécialistes aussi éminents que MM. Langlebert, Diday et Leloir, il sera très difficile d'apporter des faits nouveaux à la discussion, mais on ne peut laisser passer toutes

les idées émises sans contradiction, surtout quand il s'agit de déterminer à quel moment doit commencer le traitement.

M. Leloir est surtout partisan d'une médication tardive, se basant sur trois points de vue :

1° Qu'il faut être assuré du diagnostic ;

2° Que le traitement dépendra de la façon dont la maladie va éclore;

3° Qu'un traitement prématuré aggrave parfois la marche ultérieure de la maladie.

D'abord, dans la majorité des cas, le diagnostic est facile à faire; dès lors que le chancre est bien sûrement reconnu, il n'y a aucun avantage à attendre. Pourquoi ne pas en agir avec la vérole comme avec la tuberculose, le diabète, etc., que le médecin s'efforce de traiter dès qu'il les reconnaît.

Quant au second point, il nous est impossible, le plus souvent, de dire d'avance ce que sera une syphilis qui débute, de savoir si la période secondaire sera légère ou grave.

M. Leloir prétend même que tous les malades qu'il a observés pendant une série d'années dans son service et qui présentaient de grandes ulcérations, de profondes dévastations du corps même, étaient des malades qui n'avaient pas été traités dès le commencement de la maladie, et dont on avait abandonné la maladie à une marche rapide et non interrompue par des tentatives médicales.

Dire que les formes graves sont souvent celles qui ont été prématurément traitées est, d'après moi, dire le contraire de la vérité, et je suis sûr que M. Leloir connaît beaucoup de malade atteints de lésions graves et rebelles qui n'ont été traités que tardivement.

La syphilis, maladie chronique, demande un traitement chronique.

J'ai employé tous les traitements proposés. Je donne la préférence au salicylate de mercure, préconisé par Silva Araujo.

M. Neumann : La première question à poser est celle-ci : La syphilis est-elle une maladie incurable ou guérit-elle?

En faveur de sa guérison, nous avons les observations de cas nombreux, suivis pendant de longues années, de malades observés dont la descendance est restée saine et qui eux-mêmes n'ont plus jamais, dans la suite, présenté d'accidents.

Nous avons aussi les cas de réinfection, dont j'ai observé plusieurs. La syphilis, selon moi, est donc une maladie curable; reste à savoir quelles sont les conditions nécessaires pour la guérison. Il faut un traitement prolongé et avec des petites doses. Ce qu'il importe avant tout, c'est d'anéantir le nombre des centres infectants qui restent des dépôts pour

le virus syphilitique. La méthode de traitement à laquelle je donne la préférence est la méthode par les frictions. Elles conviennent fort bien aux accidents primaires ; elles sont d'un excellent effet préventif. Je les préfère aux injections; leur effet est plus rapide, elles sont seulement contre-indiquées dans les cas où il y a une affection antérieure de la peau.

Dans ces cas, j'emploie les injections et alors je préfère les injections de sels solubles.

M. E. Castelo (Madrid) : Je résumerai, sous forme de conclusions, ma façon de penser sur le sujet qui nous occupe :

1° Aussitôt que le diagnostic du chancre infectant est établi d'une manière certaine, on doit, sans tarder, commencer le traitement; autrement dit, le début de la maladie et celui du traitement devraient coïncider.

2° Le traitement doit se continuer tant qu'il existe une manifestation quelconque de la maladie ou accident syphilitique parfaitement caractérisé : il ne doit être suspendu ou interrompu que si l'intolérance organique, quelques troubles fonctionnels dus au médicament ou bien les conditions particulières au malade le commandent.

3° Pendant la première période d'évolution de la maladie, le traitement doit être, quelques cas exceptés, exclusivement hydrargyrique (iodures exclus), convenablement secondé, renforcé par une hygiène et un régime appropriés, dont l'action principale doit être en règle générale de s'opposer à l'action débilitante de l'agent morbifique (virus, parasite ou autre) et de combattre les effets altérants produits par le mercure sur l'organisme.

4° Le choix des préparations mercurielles que l'on doit employer et des moyens les mieux appropriés pour rendre son introduction dans l'économie la plus directe, rapide et inoffensive, n'est pas soumis à des règles aussi dogmatiques et rigoureuses que le prétendent quelques-uns. Néanmoins, et comme règle générale, dans la *première période*, on devra recourir au bichlorure de mercure et ses dérivés (la liqueur de Van Swieten, par exemple, de classique et traditionnel emploi) ; *dans la seconde*, le proto-iodure de mercure, l'onguent mercuriel double ou triple et leurs multiples préparations sont indiquées ; à la *période tertiaire*, les iodures qui, seuls ou associés au mercure, constituent ce que l'on appelle le traitement mixte.

5° Des cas fortuits (maladies intercurrentes, états physiologiques transitoires, simples indispositions passagères et de peu d'importance), obligent parfois d'interrompre le traitement. Le tempérament de cer-

tains individus, la faiblesse des constitutions, réclament également des interruptions, des haltes, des pauses plus ou moins longues, pour donner le temps à leur organisme de reprendre des forces et de l'énergie.

6° Quand tous les accidents ou manifestations de la maladie sur la peau, les muqueuses, les ganglions, les os, sur les articulations, le système nerveux, etc., ont disparu, une trêve de quelques semaines ou de quelques mois est accordée. Dans cet intervalle (à titre préventif), on institue un traitement alterné pendant lequel la médication et le repos se succèdent par période d'un, deux ou trois mois; suivant ce qu'exigent la nature et la soumission du malade, la tolérance dc l'organisme pour les agents thérapeutiques, l'expérience clinique et personnelle du praticien qui s'est chargé du malade.

7° Il faut tenir grand compte des différentes diathèses ou dyscrasies coexistant chez le sujet (herpétisme, rhumatisme, scrofule, etc.) : elles imposent quelquefois de telles modifications, de telles associations dans le traitement, qu'elles constituent, à vrai dire, la difficulté principale, et le mérite du *véritable spécialiste* est de savoir remplir cette indication.

8° Il est absolument impossible de fixer d'avance combien de temps doit être continué le traitement antisyphilitique ; impossible de pronostiquer la durée de l'évolution de cette maladie, attendu que la marche en est souverainement variable suivant les cas particuliers, l'individualité des sujets atteints et pour mille raisons dont l'énumération serait longue et difficile.

9° Les mercuriaux et les iodures ne sont pas les seuls agents antisyphilitiques (ainsi que se le figurent certaines gens). Pour lutter contre la maladie, il existe nombre d'autres moyens qui, soit à titre d'auxiliaires, soit à titre d'adjuvants, sont aussi puissants. La bonne nourriture, le lait, le vin, l'exercice à l'air libre, la campagne, les voyages, les préparations martiales, l'huile de foie de morue, l'arsenic et ses dérivés, certaines eaux minérales, les bains de mer, etc., etc., employés à propos et par une main expérimentée, ont été cause de bien des succès que sont venus plus tard s'arroger injustement l'iode et le mercure.

10° Dussions-nous faire crier au paradoxe et à l'hérésie scientifique, nous dirons qu'il y a des syphilis et des syphilitiques qui, par l'emploi du mercure administré suivant les us et coutumes habituels, non seulement ne se guérissent pas, mais empirent et s'aggravent d'une façon vraiment lamentable. C'est peut-être le plus grand écueil que

nous ayons à redouter dans notre spécialité, nous qui naviguons au milieu de cet océan immense et sans bornes qu'on nomme la syphiliographie.

M. Kaposi. Je désire faire quelques réflexions au sujet des injections mercurielles et des conséquences que la résorption du mercure peut avoir sur l'économie.

Je ne parle pas des abcès qui sont des phénomènes contingents. M. Leloir n'en a pas observé dans sa série d'injections; moi non plus. Cela dépend de circonstances accessoires. Mais il y a des effets bien plus dangereux qui surviennent à la suite de l'absorption du mercure.

Au Congrès de Prague, j'ai cité le cas d'une femme morte dans mon service, à la suite d'une intoxication hydrargyrique aiguë, consécutive elle-même à des injections d'huile grise. Il n'en avait pourtant pas été fait plus que n'en fait Lang lui-même. *Dix jours après la première injection* s'est développée une gingivite ulcéreuse et la diarrhée est survenue sans qu'on pût l'arrêter. A l'autopsie, on trouva une colite ulcéreuse. L'examen chimique montra qu'au point de la région dorsale où l'on faisait les injections, 70 p. 100 du mercure était encore dans les tissus. La quantité résorbée avait donc été très minime, et pourtant elle avait suffi pour entraîner la mort. Je connais encore d'autres cas moins graves, mais qui me font conclure que ce procédé des injections, qu'on croyait scientifique, ne l'est pas en réalité. On croit doser exactement la quantité de mercure destinée à être résorbée, et il n'en est rien; elle est bien introduite sous la peau, mais elle n'est pas absorbée. D'autre part, si des phénomènes d'intoxication surviennent, on n'est plus maître d'arrêter la résorption du poison; le mercure continue à intoxiquer le malade, tandis qu'avec les autres méthodes, on peut, à volonté, graduer les doses de mercure et éviter ainsi les accidents.

M. Schuster (Aix-la-Chapelle) : Je veux me prononcer sur un point, quant à la méthode du traitement avec des injections de préparations de mercure insoluble, et je puis le faire très brièvement, puisque M. Kaposi a déjà discuté le point principal, le danger pour la vie, et a cité l'exemple d'un cas aigu de mort après une injection d'huile de mercure. D'abord il est curieux de voir recommander toujours de nouvelles préparations de mercure insoluble, dont le nombre est déjà légion. Cela prouve que nulle encore de ces préparations insolubles n'a été trouvée étant comme il faut.

J'ai observé un cas, où trois de telles injections semblaient agir et être bien tolérées. Tout d'un coup éclatait quelques jours après la der-

nière injection un mercurialisme dangereux qui heureusement ne conduisit pas à la mort.

Cela prouve que nous mettons des dépôts de mercure dans l'organisme, avec ces injections insolubles dont nous ne pouvons pas prédire la résorption; si bien qu'il peut arriver, que tout d'un coup l'organisme soit inondé de mercure, quand rien ne semblait l'annoncer.

C'est pourquoi je dis : aussi longtemps que nous n'aurons pas étudié et fixé la loi de la solubilité et de la résorption des dépôts des préparations insolubles, il nous faut les éviter comme dangereuses, d'autant plus que nous avons des méthodes aussi efficaces et qui ne sont nullement dangereuses.

M. du Castel : Ma communication ne sera qu'un complément de celles si remarquables de MM. Leloir, Kaposi, Schuster, sur le traitement de la syphilis par les injections de poudres mercurielles ; quelques faits malheureux survenus chez des malades que j'avais soumis à ce traitement ont laissé dans mon esprit une impression pénible, et je serais heureux de voir mes collègues, partisans de la pratique des injections, dissiper cette impression.

J'ai pratiqué sur près de quatre-vingts malades, en trois séries différentes, plus de deux cents injections, soit d'oxyde jaune, soit de calomel; deux fois, troublé par les observations que je vais vous rapporter, j'ai abandonné ce mode de traitement; deux fois entraîné par l'autorité de ses défenseurs, j'en ai repris l'emploi; le chiffre des malades que j'ai traités, le nombre des injections que j'ai pratiquées, le besoin que j'ai éprouvé par trois fois de reprendre l'étude de la méthode de Scarenzio, doivent vous montrer que je ne suis pas un esprit prévenu, un ennemi de parti pris; j'ai apporté, j'ose le dire, une certaine persistance dans mes essais, et il m'a fallu des raisons graves pour ne pas adopter, comme traitement habituel, une méthode thérapeutique recommandée par des maîtres hautement estimés.

Mais avant de vous communiquer mes déboires et mes doutes, permettez-moi de dire quelque bien de la méthodè.

Plus de deux cents injections pour quatre-vingts malades, cela fait une moyenne de trois injections environ par malade; il est donc clair, dès l'abord, que pour un certain nombre de mes syphilitiques le traitement a été incomplet; si pas mal d'entre eux ont eu les quatre injections regardées comme nécessaires par tous les partisans de la méthode, si plusieurs en ont même eu jusqu'à six et huit, un certain nombre sont sortis n'ayant reçu qu'une, deux ou trois injections, et ne sont pas venus réclamer les injections supplémentaires nécessaires à un traitement

complet. Quelques malades ont peut-être fui la douleur de l'injection ; le nombre en est assurément rare. La plupart ont été des indifférents : atteints de syphilis légères, ils ont quitté l'hôpital après deux ou trois semaines de séjour, comme le font bon nombre de malades syphitiques soumis à d'autres méthodes thérapeutiques, qui nous quittent dès qu'ils sont améliorés, souvent avec l'intention de continuer leur traitement au dehors, assez souvent aussi pour ne plus se traiter du tout : car il faut bien le reconnaître, la syphilis n'est pas une maladie qui effraie la plupart de nos ouvriers; une grande partie de notre clientèle hospitalière considère presque cette maladie comme une nécessité sociale dont elle se préoccupe peu ou point, et qu'elle ne traite que dans les moments où des accidents de quelque importance se montrent.

Si donc, nombre de malades ont quitté l'hôpital avant d'avoir subi un traitement complet, c'est, je crois, par indifférence pour la syphilis plus encore que par peur de la piqûre.

Malgré le nombre déjà respectable de piqûres que j'ai pratiquées ou fait pratiquer dans mon service, je n'ai pas encore une seule fois vu se produire un abcès ou une escarre; un gonflement plus ou moins douloureux et plus ou moins persistant de la région où la piqûre a été pratiquée, une impotence passagère du membre par suite de son endolorissement ont été les accidents ordinaires, très supportables, de l'injection. Deux fois seulement, une fois à la région rachidienne, l'autre à la région fessière, j'ai vu se produire dans le foyer de l'injection une collection fluctuante que je craignais de voir suppurer; mais les deux fois, l'épanchement liquide se résorba et je suis porté à croire qu'il s'est agi d'épanchements sanguins plutôt que de foyers de suppuration.

Si je n'ai pas eu à observer d'accidents locaux de quelque importance à la suite des piqûres, je dois cet heureux résultat à ce fait que dès l'origine j'ai toujours eu soin de faire les injections dans les masses musculaires, ayant par une expérience déjà ancienne, alors que j'étudiais le traitement de la variole par la médication éthéro-opiacée, appris à connaître la tolérance des muscles pour les injections irritantes : l'adoption des injections intra-musculaires me paraît avoir, au point de vue de l'innocuité des piqûres, une importance non moins grande que l'observation des règles de l'antisepsie moderne.

On peut donc dire qu'il est aujourd'hui possible de limiter les accidents locaux dus à l'injection : l'endolorissement de la région fessière (c'est la région dans laquelle nous pratiquons aujourd'hui presque tous nos injections), malgré son intensité parfois assez grande, la gêne passagère des mouvements, sont des incidents dont les proportions ne

devraient pas faire rejeter une méthode dont l'innocuité et la supériorité seraient incontestablement établies, il a donc fallu autre chose pour calmer mon ardeur et c'est ce quelque chose que je vais vous exposer à présent.

En 1886, quand j'expérimentais l'oxyde jaune suivant la formule de de Watraszewski, un malade de mon service fut atteint, dans les jours qui suivirent une première injection, d'une poussée d'ulcérations buccales, nasales et cutanées dont je devins difficilement maître et qui fut tellement intense, que non seulement je n'osai plus faire à ce malade une autre injection, mais que j'abandonnai même pour quelque temps la méthode des injections sous-cutanées. Je dois, il est vrai, reconnaître pour la décharge de cette méthode que la syphilis du malade en question a résisté pendant des années à tous les traitements classiques; le malheureux, aujourd'hui en voie de guérison, a eu le nez complètement détruit et présente une atrésie buccale cicatricielle telle, qu'on pourrait difficilement faire pénétrer dans sa bouche une pièce de cinquante centimes.

Quand, reprenant mes études, je commençai à essayer les injections de calomel suivant la formule de notre collègue Balzer, un homme de quarante ans, autrefois syphilitique, entrait dans mon service, atteint d'accidents cérébraux mal caractérisés, tenant le milieu entre les manifestations d'un ramollissement cérébral progressif et celles d'une paralysie générale à forme torpide; après avoir employé sans succès l'iodure de potassium à doses élevées, je me décidai à employer les injections sous-cutanées de calomel; après quatre injections, le malade succombait, emporté par les crises épileptiformes, dont l'autopsie ne put nous donner la clef.

Vers la même époque, nos collègues, MM. Besnier et Fournier, publiaient l'histoire de ce syphilitique, qui, à la suite d'injections de calomel, avait été pris d'accidents de forme méningitique; les observations de ces deux malades, atteints d'accidents cérébraux graves quelque temps après l'emploi des injections, me firent craindre que celles-ci ne fussent susceptibles de provoquer de grandes perturbations du système nerveux, et des accidents cérébraux; je commençai une enquête dans cette direction; je cherchai si, à la suite des injections, il ne pourrait se produire des vertiges, des maux de tête, des bourdonnements d'oreilles, des troubles oculaires ou sensitifs. Je ne pus, je dois l'avouer, découvrir rien de semblable, et qui mieux est, mon enquête commencée dans un esprit prévenu et défavorable à la méthode des injections tourna à son honneur, car ce que je pus constater dès lors et ce que j'ai pu observer depuis à plusieurs reprises, c'est que les

injections sous-cutanées paraissent avoir une influence spéciale et considérable sur la céphalée syphilitique dont elles amènent rapidement l'atténuation, la disparition. C'est un fait sur lequel les partisans de la méthode ne me paraissent pas avoir beaucoup insisté.

Enfin, Messieurs, dans ces derniers temps, j'ai appris qu'un malade à qui j'avais pratiqué six injections de calomel pour une syphilis intense, et qui n'était nullement albuminurique à l'époque où je lui donnai mes soins, était allé mourir quelques mois après dans un autre hôpital, de néphrite albumineuse.

En présence des observations que je viens de mentionner, je me suis demandé, et je me demande encore, si les injections sous-cutanées sont toujours absolument inoffensives, et si ce mode d'introduction du mercure dans l'économie ne peut parfois prédisposer à l'apparition des lésions ulcéreuses des muqueuses et de la peau, au développement d'accidents viscéraux graves, cérébraux ou rénaux, dont rien ne nous permettrait de prévoir à l'avance l'imminence.

Vous comprenez que du jour où un pareil doute s'est présenté à mon esprit, je n'ai plus employé les injections de calomel et d'oxyde jaune qu'avec une extrême réserve et dans les cas où des indications particulières, céphalée, intolérance gastrique, paraissaient en nécessiter l'emploi. J'ai été d'autant plus réservé dans l'application de cette méthode thérapeutique que, pour ma part, je n'ai pas observé ces résultats merveilleux qui ont frappé l'esprit de quelques-uns de mes collègues : j'ai vu quatre fois, après la troisième ou la quatrième injection, se produire des syphilis graves, et c'est là un chiffre relativement fréquent ; j'ai vu des iritis, des tubercules cutanés résister à la pratique des injections, et c'est dans de tels cas que j'ai été amené à faire au même malade six ou huit piqûres ; j'ai vu enfin, deux ou trois mois après un traitement complet, des malades revenir porteurs de syphilides graves ; en un mot, l'action curative des injections d'oxyde jaune ou de calomel sur les syphilis intenses m'a paru souvent ne pas excéder celle des autres médications; leur action préventive a été plus d'une fois en défaut.

Il est enfin, Messieurs, un dernier reproche que je ferai à ce traitement, c'est qu'une fois qu'on l'a commencé, on n'est plus maître de son malade ; plusieurs fois, j'aurais été heureux de soustraire pendant quelques jours certains syphilitiques à l'absorption du mercure : avec les médicaments pris par voie gastrique, avec les frictions, voire même avec l'injection de sels solubles, la chose m'eût été facile, je n'aurais eu qu'à suspendre l'administration quotidienne du médicament; avec les injections d'oxyde jaune ou de calomel, la chose me fut impossible.

Je fus réduit à laisser l'économie continuer, malgré moi, la résorption quotidienne d'une provision de mercure que je lui avais fournie et que j'étais incapable de lui retirer, malgré le mauvais usage qu'elle paraissait en faire.

Pour résumer mon opinion actuelle, je dirai :

Je ne sais de combien la méthode des injections sous-cutanées dépasse les autres traitements de la syphilis; relativement au nombre des cas dans lesquels je l'ai employée, j'ai vu son action curative et son action préventive assez fréquemment en défaut.

S'il est possible de limiter les accidents locaux à des douleurs supportables et à une légère gêne des mouvements, il ne m'est pas démontré que l'apparition de formes ulcéreuses ne soit pas quelquefois facilitée par ce traitement, et que tous les viscères, le cerveau et le rein en particulier, supportent toujours avec indifférence ce mode d'introduction du mercure dans l'économie.

Une fois l'injection faite, le malade échappe pour quelque temps à la direction du médecin, qui n'est plus libre de suspendre à volonté l'absorption du mercure.

Je serais heureux de voir un des maîtres éminents qui ont bien voulu apporter à notre réunion leurs lumières, dissiper les appréhensions qui s'emparent de moi chaque fois que je dois soumettre un de mes syphilitiques à un traitement que, de maint côté, on proclame à ce point supérieur, que je suis souvent désolé d'en priver mes malades par suites des doutes, injustifiés, je l'espère, qui ont saisi mon esprit.

M. Rosolimos (Athènes) : J'ai déjà exposé dans un travail publié dans les *Annales de dermatologie et syphiligraphie* (2e série, vol. IX, 1888, p. 525 et suiv.), que voulant me rendre compte de l'efficacité des injections de mercure par rapport aux autres procédés antisyphilitiques (usage interne, frictions, etc.), j'ai cherché à isoler l'action des injections mercurielles. Par conséquent, je cessai tout traitement local dans un grand nombre de cas, ayant trait à des syphilides secondaires de la bouche, réputées très persistantes avec la médication antisyphilitique *seule* sans les moyens topiques (1). Or, malgré la suppression des moyens topiques, la guérison survint chez la grande majorité de mes malades, en me servant *uniquement* des injections au sublimé, incomparablement plus vite que

(1) Ainsi l'illustre professeur M. Fournier dit dans son œuvre magistrale *de la syphilis chez la femme :* « Les syphilides secondaires de la bouche cèdent bien moins facilement à un traitement général même énergique qu'au traitement local le plus simple. Si vous attendiez la guérison du mercure seul, vous pourriez l'attendre en vain pendant plusieurs mois, tandis qu'avec une médication topique vous en ferez

quand je me servais pendant deux années préalables des frictions ou du traitement par la voie stomacale, associés l'un ou l'autre de ces procédés à la médication topique. Par conséquent, en me basant sur la statistique comparative que j'ai déjà publiée (c'est-à-dire d'un côté sur deux cent cinquante-trois cas, traités par la médication topique, combinée à l'administration du mercure par l'estomac ou par les frictions, et de l'autre côté, sur deux cent seize cas de syphilides buccales, traitées uniquement par les injections mercurielles, *loc. cit.*), j'ai pu conclure que le mode d'administration du mercure n'est pas indifférent dans le traitement des syphilides buccales, et que ce médicament introduit par la voie hypodermique peut à lui seul, dans la grande majorité des cas, les faire rapidement disparaître, ce qu'on attendrait pendant longtemps de la médication topique, associée à l'administration du mercure par la voie stomacale ou par les frictions.

Mes observations se rapportaient jusqu'au mois de septembre 1886; à partir de cette époque, j'ai continué jusqu'à présent le traitement de toute manifestation syphilitique par les injections mercurielles et topiques avec beaucoup de succès.

Me servant des injections dans le traitement de la syphilis, je n'ai point eu l'intention de discuter l'action favorable et très souvent aussi bien efficace des autres procédés de traitement de la syphilis, mais je me sers des injections mercurielles, car il y a un grand nombre de cas qu'on ne peut pas juger d'avance, où les procédés usuels (frictions, usage interne, etc.), échouent, et dans lesquels, au contraire, les injections agissent merveilleusement.

Est-ce que, dans ces derniers cas, les membranes muqueuses, stomacales et autres, par lesquelles se fait l'absorption du mercure dans les procédés usuels s'habituent plus ou moins vite à l'agent thérapeutique, et qu'ainsi leur pouvoir absorbant diminue? Est-ce que cette faiblesse de la propriété absorbante réside dès le commencement du traitement et tient à une prédisposition individuelle? Est-ce enfin que la plus ou moins légère inflammation qui se produit du côté des membranes muqueuses pendant l'usage du mercure par les frictions, fumigations ou par l'usage interne, amène une diminution ou bien une abolition de l'absorption du mercure ? On ne peut pas évidemment

justice en quelques jours... Aussi est-ce à la médication topique qu'il faut s'adresser dans tous les cas pour débarrasser hâtivement les malades de ces lésions, etc. »

M. Diday écrit aussi : « Les plaques muqueuses de la bouche et notamment celles de l'isthme du gosier s'éternisent, résistant aux doses les plus élevées du mercure; deux ou trois mois des pilules au proto-iodure les laissent subsister ou même progresser! En cet état, l'impuissance d'une influence médicatrice constitutionnelles ayant été constatée, cautérisez, etc., etc. »

préciser d'une façon catégorique laquelle de ces causes existe réellement ; le fait est qu'il y a des cas nombreux, comme j'ai déjà dit, où les injections amènent le résultat qu'on attendrait en vain avec les autres procédés antisyphilitiques ; et cela parce que, au moyen des injections, comme on le sait, on introduit dans le sang d'une façon sûre la quantité voulue du médicament antisyphilitique.

En ce qui concerne les syphilides buccales, les injections n'agissent pas seulement à titre de moyen antisyphilitique plus sûr, mais encore parce qu'elles ne produisent que très exceptionnellement la stomatite mercurielle. L'inflammation en effet de la muqueuse buccale dans la stomatite mercurielle constitue un *locus minoris resistentiæ* favorisant la persistance ou la repullulation des syphilides. Je donne cette explication parce que dans quelques cas un peu réfractaires que j'ai observés, la stomatite survint presque toujours dès le début du traitement.

Par rapport au résultat obtenu par les injections dans des conditions où les autres médications antisyphilitiques avaient échoué, je pourrais donner l'histoire de plusieurs cas analogues aux deux suivants :

Jean P., âgé de trente-deux ans, rentier, sans prédisposition aux affections nerveuses, de bonne constitution, non alcoolique, a eu, il y a dix ans, la syphilis qu'il a traitée par des frictions et de l'iodure de potassium pendant deux années, soigné par MM. Albanakis et Chrysospathis à Calamas ; il resta complètement sain jusqu'à ces derniers temps. Il y a huit mois, il se maria et il s'adonna avec frénésie aux rapports sexuels. Au deuxième mois de son mariage, il se sentit pris d'une céphalalgie occipitale s'accentuant le soir et surtout avec les mouvements de la tête ; à la céphalalgie, s'ajouta du vertige devenu peu à peu très intense, se manifestant surtout dans la station debout du malade. Ce vertige est devenu en peu de temps permanent, de sorte que la démarche du patient devint titubante, et si on ne le retenait pas, après quelques démarches il tombait par terre. Des vomissements sans aucun effort sont survenus d'abord pendant la station debout, après quelque temps même dans la station horizontale.

Tout cet état était constitué trois mois après l'apparition de la céphalalgie.

A Calamas, on lui a conseillé des frictions mercurielles dont il a fait une vingtaine ; d'autres médecins lui ont donné du mercure à l'intérieur, et dès l'apparition de la céphalalgie il prenait de l'iodure de potassium à haute dose. Le malade m'étant adressé à Athènes, lorsque je l'ai vu il se trouvait dans une cachexie extrême, du côté du poumon il ne présentait rien. Le vertige était très intense, il n'écoutait qu'avec difficulté, il répondait aux questions assez vaguement et avec beaucoup de lenteur. Il avait des vomissements fréquents, de la diplopie, de l'amblyopie assez intense de l'œil droit, pas de strabisme, mais un léger degré de nystagmus. Pas de phénomènes épileptiformes, ni de paralysies ou anesthésies. Pendant la démarche titubante, la tête restait très manifestement inclinée du côté droit ; le tronc aussi se courbait de ce

côté du corps. Devant ces symptômes, je posai le diagnostic d'une tumeur syphilitique du cervelet. Et comme cet état persistait, malgré l'emploi de l'iodure de potassium et du mercure par les frictions et par la voie stomacale, j'ai eu tout de suite recours aux injections, sans pouvoir même administrer l'iodure de potassium parce que le malade rejetait tout ce qu'il prenait à l'intérieur. Au bout de quinze injections, une chaque jour, au commencement de 5 centigrammes de sublimé par injection, à partir du troisième jour de 10 centigrammes, l'amblyopie et la diplopie avaient disparu et peu à peu la démarche devenait moins titubante, le vertige disparaissait et tous les autres phénomènes diminuaient d'intensité ; enfin, à la quarantième injection, tout était disparu et le malade se portait parfaitement bien.

Antoine M., âgé de quarante-cinq ans, négociant, de bonne constitution, non alcoolique, marié; à la suite d'un seul coït impur, étant quelques jours en voyage loin de son épouse, il contracte un chancre du prépuce trois jours après le coït. Ce chancre, au bout de deux mois, est devenu phagédénique, plutôt à cause de la tristesse profonde dans laquelle le malade était tombé en butte aux reproches de sa femme. Quand je vis le malade, le chancre avait acquis les dimensions d'une pièce de 5 francs à peu près. Je n'ai pas pu constater aucun gonflement inflammatoire, quoique j'ai examiné à cet égard, ayant cru qu'il s'agissait d'un chancre simple à cause de son bref délai d'apparition. D'autre côté, l'adénolymphite inguinale syphilitique n'existait pas. Le phagédénisme, au bout de trois séances de cautérisation avec le thermocautère, commença à s'améliorer et, avec la solution ferro-potassique et le pansement avec l'iodoforme, guérit dans un mois à peu près. A ce chancre d'évolution anomale succéda un ecthyma syphilitique du cuir chevelu et du tronc, des plus caractéristiques, qui laissa des ulcérations profondes et larges de 2-4 centimètres. Presque en même temps, apparurent des plaques muqueuses de l'isthme du gosier. Le malade n'a pas voulu se soumettre au traitement par les injections ; or, je lui ai prescrit deux pilules de proto-iodure d'hydrargyre par jour et je cautérisais les plaques, en le faisant gargariser plusieurs fois par jour.

L'ecthyma n'a pas duré longtemps ; les plaques muqueuses, au contraire, continuaient à se multiplier ; elles devinrent serpigineuses, de sorte qu'elles avaient envahi toute la surface des amygdales, des joues, du palais et des fosses nasales, ayant amené un enchiffrènement du nez très intense. Le malade ne pouvait avaler qu'avec grande difficulté, même les aliments liquides. Il souffrait surtout pendant la nuit d'un spasme douloureux du gosier, devint très irritable et cachectique. Désespéré, après deux mois de traitement par le mercure à l'intérieur et par tous les moyens topiques, il se décida à se soumettre au traitement par les injections ; avec la vingtième injection, il était complètement guéri.

En ce qui concerne le traitement général de la syphilis, je crois avoir pu constater que les injections mercurielles enrayent, plus que toute autre médication, la tendance aux rechutes. Mais, comme il s'agit de la syphilis, c'est-à-dire d'une maladie à longue échéance et qui, chez nous, est

généralement assez bénigne, on ne peut évidemment se prononcer sur cette question qu'avec beaucoup de réserve (1).

Cependant, en traitant la syphilis par les injections, dès son accident primitif (*ab initio*), on n'évite pas l'apparition des phénomènes secondaires qui apparaissent dans le même délai de temps, comme si le traitement ne les avait pas précédés. De sorte qu'il est préférable, pour ne pas fatiguer les malades, de ne commencer le traitement qu'après l'apparition des phénomènes secondaires.

On blâme les injections en ce sens qu'elles produisent des douleurs insupportables dans l'endroit où elles se pratiquent; assez souvent aussi des foyers inflammatoires, aboutissant quelquefois à la suppuration et à des escarres.

Il est vrai que lorsqu'on ne prend pas les précautions nécessaires, tous ces accidents peuvent survenir; mais si l'on enfonce l'aiguille de la seringue assez profondément pour ne pas laisser pénétrer une seule goutte de la solution mercurielle dans l'épaisseur de la peau (du reste, quand ce petit accident survient, il est reconnu facilement par une petite tumeur blanchâtre qui se forme, et qu'on doit, par la pression, faire disparaître), et si l'on pratique les injections dans les régions que j'ai déjà indiquées dans un travail antérieur (*loc. cit.*), on ne risque de se trouver en présence des accidents dont il est question.

Les régions où je pratique les injections sont les deux convexités du dos, lesquelles, d'après les données d'expériences physiologiques, faites au moyen de poids appliqués sur diverses régions du corps, sont les régions les moins sensibles du corps humain. La douleur, du reste, qui survient à la suite de l'injection, est dans ces régions beaucoup moins sensible que dans toute autre région, souvent même presque nulle. Cette sensibilité amoindrie, qu'on cherche à obtenir à l'aide des diverses préparations, tient tout simplement, comme j'en suis convaincu par un très grand nombre d'injections que j'ai faites jusqu'à présent

(1) Dans le traitement de la syphilis, je fais quarante à cinquante injections, quotidiennes ou tous les deux jours, suivant la tolérance des malades. Pour les injections je me sers de deux solutions au sublimé; pour les dix premiers jours, j'injecte une seringue de Pravaz, pleine de la solution suivante : 1 gramme de sublimé, 100 grammes d'eau, alcool q. s. et chlorure de sodium 10 centigrammes; pour les jours suivants, une seringue pleine d'une solution à 2/100; le but à obtenir étant la saturation du sang par la substance antisyphilitique. Mais comme les injections amènent quelquefois une sensation de constriction, qui la première fois peut aboutir à la syncope, importe-t-il, jusqu'à ce que l'impressionnabilité du malade soit amoindrie, de le maintenir couché au moment des injections. Je fais suivre ce traitement de l'administration d'iodure de potassium pendant trois mois, et je recommande aux malades de faire usage de temps en temps du traitement mixte par les pilules de Ricord et les iodures pendant quatre ou cinq années.

avec diverses préparations, à la moindre sensibilité des régions où je pratique les injections.

L'association du mercure avec la morphine, qu'on a recommandée dans le but de rendre la douleur moins intense, est une erreur, car on oublie que la morphine forme avec le mercure un précipité assez épais; or, ce liquide injecté après la filtration ne produit aucune douleur, étant tout simplement de l'eau pure.

De ce qui précède, je pense pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Il y a des cas de manifestations syphilitiques secondaires ou tertiaires, où les procédés antisyphilitiques ordinaires (frictions, usage interne, fumigations) peuvent échouer à cause de la diminution ou de l'abolition de la propriété absorbante des muqueuses (stomacale et autres), qui peut survenir jusqu'à une certaine limite de temps, soit par accoutumance, soit par l'inflammation plus ou moins intense, dont ces muqueuses deviennent le siège par le fait de l'action de la substance hydrargyrique, soit enfin par pure prédisposition individuelle; dans ces cas, on doit se servir des injections mercurielles, au moyen desquelles on introduit d'une façon sûre la quantité voulue de mercure. Et comme on ne peut pas d'avance juger ces cas, on doit avoir recours aux injections, sinon pour tout cas qui se présente, au moins toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une manifestation syphilitique dangereuse.

2° Les injections mercurielles paraissent enrayer plus que tout autre traitement antisyphilitique la tendance aux rechutes. Cependant, mises en usage dès la première période de la syphilis, elles n'empêchent pas ou ne retardent pas l'apparition des phénomènes secondaires; or, on doit s'en servir dans le traitement général de la syphilis après l'apparition de ces phénomènes.

3° L'inflammation et la suppuration consécutive, à l'endroit où se fait l'injection peuvent être évitées si l'on pratique les injections aux régions que l'observation clinique m'a permis de préciser, c'est-à-dire sur les régions convexes du dos. La douleur, du reste, dans ces régions, les plus insensibles du corps d'après les données physiologiques, est beaucoup moindre que partout ailleurs.

M. Leloir : A propos de la communication de M. Schwimmer, qu'il me soit permis de lui dire, pour qu'il ne s'abuse pas, que je suis en bonne compagnie lorsque je conseille de ne donner le mercure que lors de l'apparition des accidents secondaires ; vous avez vu que telle est l'opinion depuis si longtemps défendue par le prodoyen des syphiligraphes français, le vénéré M. Diday.

Vous avez vu que telle est également l'opinion de Mac Call Anderson, de Langlebert.

Telle est également l'opinion de mes amis, le professeur Haslund, de Bœck, de Unna, de Du Castel, de Rosolimos, pour ne parler que des syphiligraphes ici présents.

Je pourrais demander à M. Schwimmer quelle opinion aura de lui le malade qu'il aura bourré de mercure pendant la période primaire, lorsque, malgré ce traitement, seront apparus les accidents secondaires.

Car, je le demande, M. Schwimmer est-il bien certain d'empêcher l'explosion des accidents secondaires, en donnant le traitement spécifique pendant la période primaire. Je lui demanderai même combien de fois il a vu un traitement institué à la période des syphilomes primaires faire avorter les accidents secondaires.

M. Schwimmer : Dans les affections aiguës ou chroniques autres que la syphilis, on peut dire au malade: vous êtes guéri ; mais quant à la syphilis, vous ne pouvez pas répondre à un malade qu'il est définitivement guéri ; il en résulte donc qu'il faut se mettre dans les conditions les plus favorables, grâce au traitement, qui puissent faire espérer qu'on ajournera ou qu'on préviendra les poussées capricieuses de la syphilis.

M. Dubois-Havenith : Quand faut-il commencer le traitement mercuriel ? Je n'ai pas l'intention d'apporter dans cette discussion difficile l'appoint de mon expérience personnelle naturellement insuffisante. Mais je crois intéressant de vous faire connaître un cas particulier que j'ai pu observer avec mon ami, le professeur Leloir. Je me suis trouvé dans une situation perplexe. Un sujet de soixante ans avait eu un dernier coït dans les premiers jours de juillet de l'an dernier. Vers le 1er août, apparition d'une érosion du prépuce, et bientôt après induration considérable de la lésion et développement d'un phimosis. Mon diagnostic fut : *chancre infectant du prépuce*. Comme les ganglions étaient encore indemnes, l'idée d'une excision totale de la sclérose ne pouvait manquer de me venir à l'esprit. D'autre part, il pouvait y avoir utilité à appliquer immédiatement le traitement antisyphilitique. Avant de prendre une résolution à cet égard, j'adressai mon malade à M. Leloir, en le priant de me donner son avis. Sa réponse fut la suivante : Pas d'excision, et quant au traitement mercuriel, attendre les phénomènes secondaires.

Or, depuis près d'un an, nous attendons ces phénomènes secondaires

qui n'ont pas l'air de vouloir se montrer. J'ai examiné minutieusement le sujet tous les cinq jours.

Avant de demander conseil au professeur Leloir, j'avais fait voir mon malade à un confrère qui, lui, avait conclu à la nécessité de recourir sans tarder au traitement spécifique, sous peine de voir éclater très tôt, à cause de l'âge du sujet, les accidents les plus graves du côté des viscères et des os. Il s'agissait d'un malade manifestement rachitique. Je me réjouis d'avoir, dans ce dernier cas, tenu compte du conseil de M. Leloir et d'avoir attendu la confirmation de la syphilis constitutionnelle par les accidents secondaires, avant de soumettre mon malade au traitement.

L'exactitude du diagnostic de *chancre infectant*, M. Leloir vous le dira, ne saurait être douteuse. Aussi est-il facile de prévoir quel parti eussent tiré de l'absence de phénomènes secondaires les partisans du traitement hâtif de la vérole, si nous n'avions préféré, M. Leloir et moi, nous en tenir à l'expectation armée.

M. Barthélemy : Le fait rapporté par M. Dubois-Havenith ne prouve pas qu'il faille, dans la généralité des cas, s'abstenir de l'administration précoce du mercure. Il montre seulement qu'il existe une forme latente, ou mieux fruste et atténuée de la syphilis acquise, aussi bien que de la fièvre typhoïde ou de la variole.

Moi-même, en 1885, dans les *Annales de dermatologie*, j'ai publié un fait analogue à celui du Dr Dubois-Havenith. Je n'ai pas cessé d'observer cette « syphilisette » qui persiste à rester silencieuse, bien qu'elle n'ait jamais été combattue par le mercure ni par l'iodure. Mais, rien ne me certifie que le malade qui en est atteint soit à jamais à l'abri de toute lésion spécifique sérieuse.

Certaines statistiques de MM. Broadbent et Fournier, et diverses observations d'autres auteurs, montrent au contraire que telle syphilis qui commençait bien a pourtant fort mal fini. Aussi les malades semblables à ceux du Dr Dubois-Havenith et au mien devront-ils être informés du danger possible et surveillés de près.

M. Aubert me dit qu'il a dans son souvenir deux faits analogues de chancres syphilitiques typiques qui n'ont jamais été suivis d'aucun accident secondaire.

Ai-je besoin d'ajouter qu'il s'agit bien, dans tous ces cas, de chancres incontestablement syphilitiques, et non pas de ces faits de folliculite simple, unique, pouvant donner le change ?

Je le répète, ces cas si légers, si bénins au début, peuvent, quand ils sont abandonnés à eux-mêmes, aboutir à l'explosion subite, bien que

parfois très tardive, d'accidents graves, même à des paralysies. Les observations de Fournier ne laissent à ce sujet aucun doute. Certes, ils ne sont pas non plus sortis de ma mémoire ces faits rapportés par Diday où les malades n'ont plus eu par la suite à se préoccuper de leur contamination. Ce sont là des notions tout particulièrement intéressantes à posséder. Elles prouvent qu'il existe pour la syphilis acquise, comme pour la syphilis conceptionnelle, pour la syphilis héréditaire, comme pour tant d'autres maladies, une forme fruste, atténuée autant que faire se peut, absolument muette dans l'avenir, sous le rapport du moins des manifestations spécifiques apparentes.

Mais chacun sait que ces faits sont tout à fait exceptionnels. Il ne serait donc pas judicieux, à mon avis, d'en déduire une ligne de conduite applicable à la généralité des cas.

Je sais bien que, quand on est en présence d'un chancre induré caractéristique, on ignore si la syphilis dont il témoigne sera de faible ou de moyenne intensité. C'est du moins l'état d'esprit dans lequel je me trouvais en face du chancre de 1885; j'avoue qu'il ne m'eût pas été possible et que j'ignore encore aujourd'hui les raisons qui m'eussent permis de dire si cette lésion initiale allait être ou non suivie d'accidents secondaires.

Malgré cela, je crois qu'il ne faut pas établir en principe qu'il y a lieu de ne prescrire le mercure qu'à l'apparition des accidents secondaires. Cette conduite n'est applicable qu'aux cas douteux.

D'après mon expérience, il faut au contraire donner le mercure le plus tôt possible, aussitôt que la preuve de l'infection est formellement acquise, c'est-à-dire pour la grande majorité des cas, dès le diagnostic du chancre induré. On devra seulement varier la dose des médicaments et la durée du traitement spécifique proportionnellement à la gravité ou à la bénignité des cas.

M. Petrini (de Galatz) : Dans ces derniers temps, l'arsenal pharmaceutique et thérapeutique s'est enrichi d'un nombre considérable de substances médicamenteuses. Mais, parmi ces dernières, le plus grand nombre constituent soit des médicaments cardiaques, soit antithermiques, soit encore des parasiticides.

Cependant, malgré toutes les nouvelles découvertes, on ne peut nier que les meilleures substances dont le médecin puisse tirer le plus souvent des résultats satisfaisants, sont toujours les vieux médicaments. La quinine, la digitale, l'iode, le mercure, la morphine, sont les principales ressources de l'art médical.

D'un autre côté, nous n'avons pas pour le traitement de la syphilis

un meilleur médicament que le mercure. Cette substance bien administrée nous rend tout aussi puissants pour combattre les accidents de cette affection, que la quinine pour le paludisme.

Par conséquent, il est inutile de répéter encore une chose admise par tous les médecins, à savoir : l'efficacité du mercure dans la syphilis ; et, nous limitant à notre sujet, nous devons dire si la préparation mercurielle choisie par le médecin est, oui ou non, indifférente dans le traitement.

Dans ma conviction, toutes les préparations hydrargyriques peuvent être employées avec succès dans cette affection. Seulement certaines de ces substances ne sont pas sans donner lieu à quelques accidents. Aussi on a souvent observé à la suite de l'administration du sublimé corrosif, du proto et du bi-iodure de mercure, des troubles du côté des voies digestives, voire même une certaine intolérance, chez certaines personnes.

Du reste, la grande majorité des syphiligraphes sont d'accord que, pour les accidents secondaires, on ne doit nullement ajouter au mercure, de l'iode ; aussi supprimant le proto-iodure et le bi-iodure, il ne reste que le sublimé.

J'ai une assez longue expérience de l'emploi du sublimé corrosif, puisque, pendant l'année 1870, alors que j'avais l'honneur d'être l'interne de M. le Dr Dumontpallier à l'hôpital de Lourcine, de Paris, nous nous sommes toujours servis du sublimé, incorporé dans du sirop de gentiane.

Nous ne donnions que 2 centigrammes par jour, et pourtant beaucoup de malades se plaignaient de maux d'estomac et de coliques intestinales accompagnés ou non de diarrhée, sans compter les gingivites avec maux de dents.

Les frictions avec l'onguent hydrargyrique provoquent le plus souvent une stomatite sérieuse chez la plupart des malades ; tandis que chez d'autres, quoique plus rarement, l'absorption du mercure par la peau est si lente qu'on obtient difficilement le résultat désiré.

Cependant, malgré la stomatite qui peut survenir, nous employons les frictions hydrargyriques dans tous les cas de syphilis grave, menaçante, en y ajoutant en même temps l'iodure de potassium à haute dose.

Mais il y a des malades qui n'acceptent pas les frictions ; d'autres chez lesquels les préparations mentionnées sont mal tolérées par l'organisme.

Aussi a-t-on vanté dans ces temps derniers les injections sous-cutanées d'oxyde jaune de mercure, de mercure métallique, de calomel, de phénate et de salicylate de mercure.

Nous n'avons pas une grande pratique de ces derniers procédés, ayant fait quelques injections seulement chez un nombre restreint de malades avec le calomel et l'oxyde jaune de mercure.

Comme nous voulions étudier les résultats obtenus par l'administration du tannate de mercure, nous avons laissé de côté les injections.

Je dirai seulement que très peu de malades se soumettent aux traitements par les injections, parce qu'elles sont douloureuses et entraînent à leur suite des abcès.

D'ailleurs il vaut toujours mieux savoir où l'on va; je veux dire que par les injections on ne connaît pas au juste la dose de mercure absorbée par l'organisme; la substance peut en partie s'enkyster dans le tissu cellulaire, tandis qu'on peut mesurer celle qui est prise à l'intérieur.

Ensuite dans une affection aussi grave que la syphilis, je crois qu'on doit suivre toujours la méthode adoptée après une longue pratique, et, pour ma part, je me suis rangé à celle de l'illustre professeur Fournier.

Qui vous prouve d'ailleurs, en admettant les guérisons produites par les injections mercurielles, que les récidives ne seront pas plus fréquentes, plus rapides et plus sûres? Puisque le temps n'a pas encore confirmé l'efficacité de ces injections, pourquoi ne pas suivre la méthode à laquelle on doit le salut des malades ?

Ceux qui ont vanté les injections en question ont dit avec raison que les préparations hydrargyriques administrées par la voie stomacale donnent lieu souvent à différents troubles digestifs, tandis que les injections n'ont pas cet inconvénient.

Cependant je crois, d'après un grand nombre d'observations, que le tannate de mercure, tout en ayant une action plus active que les autres sels de mercure, n'en a pas les inconvénients; en effet, nous n'avons observé qu'exceptionnellement la stomatite mercurielle, et cela seulement à la suite de l'administration de 0,20 centigrammes de tannate de mercure, en vingt-quatre heures.

Le tannate de mercure n'a été jusqu'à présent employé que par un petit nombre de médecins. Le docteur Casanow (de Moscou) serait le premier qui s'en serait servi dans le traitement de la syphilis.

Pour la première fois, je l'ai vu administrer dans le service du professeur Kaposi, à Vienne, en 1886.

Le Dr Leblond (de Paris), a publié une petite note à la même époque, sur l'emploi du tannate de mercure, et paraît avoir introduit en France cette préparation mercurielle. Ensuite quelques médecins des hôpitaux de Paris, le professeur Fournier entre autres, ont essayé les pilules de tannate de mercure, préparées par M. Casthélaz, pharmacien à Paris.

Ces pilules contiennent, outre le tannate de mercure, un demi-centigramme d'extrait d'opium par pilule, et portent comme titre, pour rappeler le premier emploi du médecin de Moscou, « Pilules moscovites ».

Nous nous sommes servi pour nos malades de pilules renfermant chacune 0,10 centigrammes de tannate de mercure, produit français, préparé avec de l'extrait de gentiane, sans autre mélange.

Le diagnostic de syphilis établi, chaque malade commençait à prendre d'abord une pilule de 0,10 centigrammes par jour, aux moments des repas, à midi; et après dix à quinze jours j'augmentais la dose d'une pilule.

Les malades étaient traités ainsi vingt-cinq à trente jours, jusqu'à ce que les accidents pour lesquels ils étaient entrés dans le serviée eussent totalement disparu.

Voici, en résumé, quelques-unes de nos observations :

Obs. I. — *Syphilides papulo-érosives de la vulve.*

La nommée M. S., âgée de dix-huit ans, habitant chez ses parents, entre dans mon service de l'hôpital Colentina, le 25 août 1887.

Il y a sept semaines, la malade a eu un chancre à la partie supérieure et interne de la grande lèvre droite, qui aurait guéri quatre semaines après.

Depuis une dizaine de jours, apparition sur les différentes parties de la vulve d'éléments papuleux pour lesquels elle est venue se faire soigner; on n'obtient pas d'autres renseignements.

A son entrée, on trouve : adénopathie inguinale indolente; sur la partie externe des grandes lèvres, on compte dix-sept papules muqueuses, confluentes par places et disposées en groupes. Ces papules sont rondes, saillantes, et ont le volume d'un grain de maïs. Rien sur la muqueuse buccale et sur le tégument externe.

La malade est soumise au traitement du tannate de mercure. Elle prend pendant quelques jours 10 centigrammes en deux pilules chaque jour. Au bout de quinze jours, elle prend 20 centigrammes toujours en deux pilules.

Le 10 septembre, les papules sont complètement effacées. Se croyant guérie, la malade insiste pour sortir. Le 15 septembre, elle est congédiée sans aucune trace des manifestations pour lesquelles elle était entrée à l'hôpital.

Obs. II. — *Syphilides muqueuses du scrotum.*

N. A., vingt-quatre ans, non marié, boulanger, est reçu dans mon service le 23 septembre 1887.

Nous dit que neuf mois auparavant il a eu un chancre sur la verge, qui fut guéri après trois semaines, sans être accompagné d'adénopathie inguinale.

Quatre semaines après, il eut la roséole et, deux mois plus tard, des plaques muqueuses buccales, pour lesquelles il se fit soigner aux consultations gratuites de l'hôpital Coltzea.

Nous constatons à son entrée dans le service sept papules muqueuses, disséminées sur la peau du scrotum. Cinq de ses papules ont le volume d'une

pièce de 50 centimes, elles sont saillantes au-dessus du niveau de la peau, et circulaires. Deux de ses efflorescences ont le volume d'une pièce d'un franc, et celles-ci sont plates plutôt que saillantes. Toutes sont couvertes d'une sécrétion d'un blanc grisâtre, sale.

J'ordonne le tannate d'hydrargyre à la dose de 10 centigrammes par jour pendant dix jours, et 20 centigrammes ensuite chaque jour. Localement, poudre d'amidon.

Le 14 octobre, les papules sont presque disparues.

Le 25 octobre, le malade sort du service sans présenter traces de ses papules.

Obs. III. — *Syphilides papulo-hypertrophiques du scrotum; adénopathie inguinale.*

C. C., âgé de quarante ans, marié, homme de peine, entre dans le service le 17 juin 1887.

Le malade dit que dans sa jeunesse il a eu un chancre accompagné d'un bubon inguinal gauche qui aurait suppuré.

Depuis lors il s'est toujours bien porté, lorsqu'il y a un mois il vit paraître les manifestations présentes.

A son entrée, nous trouvons une série de papules muqueuses, au nombre de quinze, disséminées sur la peau du scrotum ; saillantes au-dessus du niveau de la peau, rondes, d'une coloration d'un rose blanchâtre, sale, et humides pour la plupart d'entre elles.

Les ganglions inguinaux sont durs, augmentés de volume, et on peut les rouler facilement sous la peau.

Le malade est soumis au tannate de mercure, il prend d'abord une pilule de 10 centigrammes par jour, et 2 pilules après dix jours.

Le 5 juillet, c'est-à-dire après dix-huit jours de traitement, les papules ont complètement disparu. Le malade insiste pour sortir, et on a de la peine à le conserver jusqu'au 17 juillet, date à laquelle il sort guéri.

Obs. IV. — *Syphilides papulo-hypertrophiques péri-anales.*

La nommée Marie D., vingt-deux ans, non mariée, domestique, entre dans le service le 8 novembre 1887.

Elle dit avoir eu un chancre vaginal au mois d'août dernier, accompagné d'adénite inguinale gauche qui n'a pas suppuré. Elle n'a observé à la suite aucun accident, lorsque, il y a quatre semaines, elle vit paraître tout autour de l'anus les manifestations actuelles.

On trouve, à son arrivée dans nos salles, une double adénopathie inguinale indolente, et une cicatrice à la partie supérieure droite à l'entrée du vagin.

Tout autour de l'anus, on constate quelques papules volumineuses proéminentes, allongées, confluentes, variant de la grosseur d'une fève à celle d'une grosse noisette. Elles sont au nombre de six. Du 8 au 11 novembre, la malade prend chaque jour 10 centigrammes de tannate de mercure.

A partir du 12 novembre, elle en prend 20 centigrammes.

Le 20 novembre, c'est-à-dire après huit jours de ce traitement, les papules diminuent de volume.

Le 4 décembre, elles sont complètement disparues.

Le 7 décembre, la malade sort guérie.

Obs. V. — *Angine syphilitique.*

Joseph R., trente-huit ans, marié, boulanger, est reçu dans mon service le 5 septembre 1887.

Il dit avoir eu un chancre sur le gland, il y a cinq mois de cela. Ce chancre fut guéri par l'iodoforme après vingt-cinq jours d'application locale. En même temps, le chancre fut accompagné d'adénopathie inguinale double, indolente, qui n'a pas suppuré.

Six semaines après le début du chancre, il dit avoir eu sur la peau des taches rouges, pour lesquelles il prit des pilules mercurielles.

Depuis deux semaines, il s'est aperçu d'une douleur, avec une certaine gêne en avalant.

L'examen de la cavité buccale fait découvrir, sur toute la partie supérieure du pharynx, des dépôts épais, blanchâtres, qui s'étendent sur les piliers et la partie inférieure du voile du palais.

La déglutition se fait avec une certaine gêne.

Le malade prend des pilules avec du tannate d'hydrargyre, selon la formule indiquée plus haut.

Le 25 septembre, modification sensible de l'angine.

Le 3 octobre, on constate sa disparition complète, et le malade sort de l'hôpital.

Le résultat obtenu dans ce cas est très satisfaisant, lorsqu'on songe à la nécessité qu'il y a, assez souvent, dans des cas pareils, d'adjoindre au traitement interne un traitement local.

Chez ce malade, nous avons vu la disparition complète de son angine, après quatre semaines, et cela, seulement par l'administration interne du tannate de mercure à la dose de 10 à 20 centigrammes.

Il faut remarquer aussi l'apparition rapide des accidents secondaires.

Obs. VI. — *Angine syphilitique.*

Spiro G., vingt-six ans, marié, fonctionnaire, est entré le 10 février 1887 dans le service.

Il est marié depuis deux mois.

A eu un chancre il y a six mois, accompagné d'une double adénite inguinale. A droite, l'adénite s'est terminée par la suppuration, a eu une roséole et des papules muqueuses anales qui ont disparu à la suite d'un traitement par les pilules de Dupuytren.

Depuis quatre semaines, il s'est aperçu d'une douleur pendant la déglutition et d'une sensation de sécheresse.

Je constate : adénopathie inguinale et cervicale, cicatrice à la racine du frein préputial et des dépôts épais d'un blanc grisâtre sur l'isthme du gosier.

Le malade est soumis au tannate de mercure.

Le 25 février, on trouve une modification de son angine.

Le malade étant pressé de sortir de l'hôpital, nous lui avons fait pendant son séjour dans le service trois cautérisations avec le nitrate d'argent.

Le 10 mars, il sort de l'hôpital, ne présentant plus de traces de son angine.

Je dois faire observer que ce malade était un grand fumeur, circonstance qui explique la résistance de sa maladie au simple tannate, et la nécessité dans laquelle je me suis trouvé de lui faire des cautérisations.

Obs. VII. — *Chancre induré des grandes lèvres.*

La nommée E. P., seize ans, non mariée, chez ses parents, est reçue dans le service le 30 octobre 1887.

Elle dit que son ulcère remonte à trois semaines, et qu'il est survenu douze jours après son dernier coït. Sept jours après l'apparition de son chancre, adénopathie inguinale gauche.

A son entrée, on constate : à la partie interne et moyenne de la grande lèvre gauche, un ulcère avec les caractères d'un chancre induré. Cette grande lèvre est un peu œdématiée.

Adénopathie indolente très prononcée.

Inoculation négative.

La malade prend de 10 à 20 centigrammes de tannate de mercure par jour. Pendant douze jours, elle prend 10 centigrammes, qui sont bien tolérés.

A partir du 12 novembre, elle commence à prendre 20 centigrammes par jour.

Le 17, on constate une légère stomatite. Administration du chlorate de potasse, et 0,10 centigrammes de tannate seulement par jour.

Le 25 novembre, l'ulcère est complètement guéri. J'administre le fer à cause de l'anémie.

Localement on a mis, seulement pendant le cours du traitement, de la poudre d'amidon.

Le 12 décembre, elle sort de l'hôpital.

Obs. VIII. — *Syphilides papuleuses de la langue.*

La nommée D. S., trente-huit ans, mariée, est entrée dans mon service de l'hôpital Colentina, le 5 septembre 1887.

La malade dit n'avoir jamais eu de maladie syphilitique aux organes génitaux. Son mari aurait eu dans la bouche quelques boutons.

Elle serait atteinte des ulcérations buccales depuis deux semaines.

A son entrée, je constate : pas de cicatrice aux organes génitaux et rien sur la peau.

Sur les bords de la langue, on voit cinq papules muqueuses très prononcées, de la grosseur d'un pois, couvertes d'une couche de matière blanc grisâtre et humide. Adénopathie cervicale manifeste et indolente.

Soumise au traitement par le tannate de mercure, les papules disparaissent à vue d'œil, et au bout de quatorze jours elles sont complètement effacées.

Le 19 septembre, la malade quitte l'hôpital.

Obs. IX. — *Chancre induré extra-génital; syphilide papuleuse cutanée.*

L. D..., trente-quatre ans, non mariée, blanchisseuse, est reçue dans le service le 16 mars 1888.

Elle présente un chancre induré situé à la partie supérieure et interne de la cuisse droite. Cet ulcère a l'aspect phagénédique, gros comme une pièce d'un ranc, ses bords sont durs, boursouflés.

Sur la poitrine, l'abdomen, le dos et les fesses, on constate, disséminées, un grand nombre de papules saillantes au-dessus du tégument, grosses comme une lentille, d'autres plus grandes d'un rouge foncé, infiltrées dans le derme.

La malade suit le même traitement, et, comme elle est anémique, je lui donne du tartrate de fer et de potasse et du vin de quinquina.

Sur l'ulcère, on applique de la poudre d'amidon seulement, mais on tient l'ulcère propre par des lavages boriqués.

Après seize jours de traitement, le chancre est tout à fait disparu.

Elle suit le traitement interne, prend deux bains de vapeur chaque semaine.

Le 30 avril, la malade quitte l'hôpital, guérie.

Obs. X. — *Syphilides psoriasiformes du cuir chevelu et du visage.*

Le nommé P. J..., trente-cinq ans, marié, ignore complètement la nature de son affection.

Il entre à l'hôpital le 8 janvier 1888.

Il présente cette éruption depuis deux mois, et, en ville, on l'a traité pour un eczéma pendant un mois, sans aucune amélioration.

Il présente un grand nombre de papules sur la tête et sur le visage. Les papules ont une couleur de chair fumée; quelques-unes sont couvertes de fines squames, minces, grisâtres, qu'on enlève facilement. Sur plusieurs endroits, la peau du visage est en desquamation. Il ne se plaint d'aucune démangeaison. Du côté des organes génitaux, rien de positif. Rien sur le reste de la peau.

Le malade est soumis au traitement interne du tannate d'hydrargyre.

Le visage se nettoie assez rapidement. Il en est de même pour la tête.

Le 4 février, il sort de l'hôpital, guéri.

Obs. XI. — *Syphilides papuleuses de la vulve, angine syphititique.*

Femme de vingt ans, non mariée, entre dans le service le 22 avril 1887.

Elle n'a pas eu jusque-là de maladie semblable.

Cependant, il y a trois mois, elle a eu un ulcère à l'entrée du vagin où je trouve une cicatrice, qui fut guéri au bout de trois semaines. Elle n'a pas eu d'adénite.

A la visite, je constate : quatre papules muqueuses, dont trois sont situées sur les faces interne et supérieure de la grande lèvre gauche, du volume d'une pièce de 50 centimes; une de ces papules siège sur la grande lèvre droite.

Ces papules font saillie au-dessus du niveau de la peau, elles sont rondes et d'une coloration rosée.

Double adénopathie inguinale indolente.

Dans la cavité buccale, dépôts de couleur blanc grisâtre occupant la paroi postérieure du pharynx et donnant lieu à une gêne dans la déglutition.

Les ganglions cervicaux postérieurs sont tuméfiés.

La malade prend d'emblée 20 centigrammes de tannate d'hydrargyre par jour. Elle continue ainsi jusqu'au 2 mai, date à laquelle on constate l'effacement considérable des papules vulvaires ; elles ne font presque plus relief, et leur coloration se rapproche de celle de la peau normale.

Le 3 mai, légère stomatite. Je diminue la dose du tannate à 10 centigrammes et je donne le chlorate de potasse.

Le 9 mai, la malade, n'ayant plus de traces de son angine, ni de ses papules, ne veut plus rester à l'hôpital, et elle est congédiée.

Obs. XII. — *Syphilides papulo-hypertrophiques vulvaires.*

Marie J., vingt ans, bonne à tout faire, entre dans le service le 29 juillet 1887.

Dans ses antécédents, on trouve un ulcère de la fourchette, où l'on constate actuellement une cicatrice.

Elle prétend que son ulcère remonte à sept semaines seulement, et qu'il n'a pas été accompagné d'adénite.

Deux semaines après cet ulcère, elle aurait eu une éruption de taches rouges sur la peau, pour laquelle elle a pris des pilules.

A son entrée dans le service, on constate : sur la face interne et supérieure des grandes lèvres, disséminées au nombre de quinze, des papules variant, comme diamètre, du volume d'un petit pois à celui d'une pièce de 50 centimes.

Toutes ces papules font saillie au-dessus de la peau, elles sont rondes, avec les bords un peu résistants et ayant une coloration grisâtre.

La surface libre de quelques-unes d'entre elles est érosive ; d'autres ont une coloration rougeâtre. — Il n'y a pas d'adénopathie inguinale.

La malade continue à prendre 20 centigrammes de tannate de mercure par jour, jusqu'au 29 août, date de l'effacement complet de toutes les papules. La malade insiste pour sortir de l'hôpital, et on lui accorde son exeat.

Obs. XIII. — *Syphilides papulo-muqueuses buccales et chancre induré de la fourchette.*

Femme de trente-six ans, mariée, domestique, entre dans le service le 16 juin 1887.

Nous constatons à la fourchette un ulcère, avec les caractères d'un chancre induré; adénopathie inguinale indolente double typique.

Sur les bords de la langue, on trouve quatre papules muqueuses, rondes, couvertes de dépôts blanchâtres, du volume d'un grain de maïs.

A la face interne de la lèvre inférieure, deux papules semblables.

J'ordonne l'application de la poudre d'amidon sur le chancre et 10 centigrammes de tannate de mercure par jour; après quelques jours, la malade en prend 20 centigrammes.

Le 4 juillet, le chancre est presque fermé ; les papules buccales en partie effacées.

Le 25 juillet, la malade sort guérie.

Obs. XIV. — *Syphilides papuleuses de la bouche et du scrotum.*

Joseph A., vingt-sept ans, non marié, agent comptable, entre dans le service le 5 avril 1888.

Il dit avoir eu, il y a trois mois, un ulcère sur la verge, qu'il guérit par l'iodoforme en quatorze jours. Depuis deux semaines il présente des papules muqueuses sur le scrotum ; et, depuis huit jours, il a constaté des lésions buccales.

A son entrée on trouve, disséminées sur le scrotum, onze papules rondes, faisant saillie au-dessus de la peau, couvertes d'un enduit blanc grisâtre; sur la face supérieure et sur les bords de la langue, trois papules muqueuses typiques.

Adénopathie inguinale double indolente ; adénopathie cervicale.

Le malade suit le même traitement interne que les autres malades.

Le 18 avril, c'est-à-dire après treize jours seulement de traitement, les papules buccales et scrotales étant tout à fait disparues, et le malade insistant pour être congédié, on lui accorde son exeat.

Obs. XV. — *Syphilides papulo-muqueuses buccales.*

J. C., trente-cinq ans, boulanger, entre dans le service le 29 mars 1887.

Dans ses antécédents, on trouve : chancre au prépuce remontant à quatre mois, et qui aurait disparu après trois semaines de traitement local par l'iodoforme.

Au bout de trois autres semaines, apparition de la roséole.

A son entrée, on trouve, sur les bords de la langue, six papules muqueuses typiques et trois papules semblables à la face interne des lèvres.

Il prend le tannate d'hydrargyre, et le 14 avril il sort guéri.

Cette observation est intéressante à un double point de vue :

1° Par l'apparition assez précoce des accidents secondaires, comme la roséole et les papules muqueuses buccales;

2° Par la disparition rapide des papules, après quinze jours seulement de traitement purement interne par le tannate de mercure.

Obs. XVI. — *Syphilide ulcéreuse de la cuisse.*

Anna S., dix-huit ans, ménagère, non mariée, entre le 11 août 1887 dans le service.

Elle dit n'avoir pas eu d'ulcère aux organes génitaux ; l'ulcère actuel serait apparu dix jours seulement après son dernier coït. Elle l'a depuis cinq jours.

Je trouve une adénopathie inguinale indolente à droite. A la face supéro-interne de la cuisse droite près du sillon labio-crural, un ulcère avec les caractères d'un chancre induré, gros comme une pièce de deux francs.

Inoculation faite, négative.

Rien sur le corps.

Le malade prend 20 centigrammes de tannate de mercure dès le premier jour.

Le 19 août, stomatite. J'ordonne chlorate de potasse et 10 centigrammes seulement par jour du médicament.

Sur l'ulcère syphilitique, application de la poudre d'amidon.

Modification importante de l'ulcère le 20 août ; la cicatrisation marche assez vite et, le 30 août, l'ulcère étant complètement cicatrisé, la malade sort de l'hôpital.

Obs. XVII. — *Chancre induré du gland.*

J. S., vingt-neuf ans, marié, agriculteur, est reçu le 13 octobre 1887 dans mon service.

Le malade nous dit qu'il y a cinq ans il a eu un ulcère sur la verge, accompagné de bubon suppuré dans la région inguinale droite.

Depuis, pas d'éruption sur le corps, ni aucun autre accident.

L'ulcère actuel remonte à un mois.

A son entrée, on trouve, sous le prépuce, à côté de la cicatrice de son premier chancre, un ulcère gros comme une pièce de 50 centimes, avec les caractères typiques d'un chancre induré.

Double adénopathie inguinale non douloureuse.

Le malade suit notre traitement interne, et je fais appliquer localement un pansement avec de la glycérine et de l'acide salicylique, 10 p. 100.

Le 25 octobre, l'ulcère est en bonne voie de guérison ; il est diminué de moitié, la surface est rouge, et sur les bords on voit, progressant vers le centre, l'épithélium de nouvelle formation.

Le 2 novembre, l'ulcère est fermé et, le 8 novembre, le malade sort guéri.

Obs. XVIII. — *Chancre induré du col utérin; syphilides vulvaires; angine syphilitique.*

Marie J..., vingt ans, domestique, non mariée, est reçue dans le service le 15 septembre 1887.

Elle dit n'avoir jamais eu de maladies aux organes génitaux.

Elle a mal à la gorge depuis cinq semaines. On trouve, à son entrée dans nos salles, des dépôts blanchâtres sur l'isthme du gosier.

Sur les grandes lèvres, huit papules avec les bords durs.

Sur le col de l'utérus, un ulcère gros comme une pièce d'un franc reposant sur un fond dur; on constate avec le doigt l'induration des bords de cet ulcère.

Double adénopathie inguinale indolente.

La malade est soumise au traitement par le tannate de mercure. Sur l'ulcère du col, je fais des cautérisations au nitrate d'argent.

Le 25 septembre, légère stomatite. Diminution de la dose du tannate de mercure, et chlorate de potasse en gargarisme.

Le 7 octobre, les papules des grandes lèvres ont disparu. L'angine, modifiée. L'ulcère du col utérin, presque cicatrisé. La malade continue le traitement et, le 29 octobre, elle sort de l'hôpital, guérie.

Obs. XIX. — *Syphilides papulo-érosives de la vulve; angine spécifique, syphilides papuleuses de la cavité buccale.*

Anna M..., dix-huit ans, mariée, est reçue le 20 octobre 1887 dans le service.

Elle nie les accidents primitifs, elle est mariée depuis huit mois, et dit que son mari aurait eu des boutons sur la langue, et une éruption sur le corps.

La malade présente sur la grande lèvre droite trois papules ; sur la grande lèvre gauche, elle en a quatre. Sur les bords de la langue, vers la pointe, elle a deux papules muqueuses typiques, couvertes de dépôts blanchâtres. Le fond de la gorge est couvert de dépôts blanchâtres assez épais.

Elle commence le traitement par le tannate de mercure, et déjà, le 1er novembre, on peut voir la diminution de volume des papules buccales et vulvaires.

Le 21 novembre, elle sort de l'hôpital, guérie.

Obs. XX. — *Syphilides papulo-cutanées ; angine syphilitique.*

St. J..., dix-sept ans, mariée, ménagère, entre dans le service le 30 octobre 1887.

Elle a eu, il y a six mois, un ulcère aux organes génitaux, sans bubons inguinaux, mais accompagné d'une certaine douleur dans les régions inguinales.

Depuis sept semaines, elle a mal à la gorge, et il y a un mois elle a vu paraître de l'éruption sur la peau.

A son entrée, on constate : angine avec des dépôts blanc grisâtre à la partie supérieure du pharynx et sur les piliers antérieurs. Sur tout le corps, des papules disséminées, au nombre de quarante-huit, atteignant jusqu'au volume d'un grain de maïs, et infiltrant le derme. La malade suit le même traitement et, le 28 novembre, on constate la disparition des papules et la modification de l'angine. Le 7 décembre, elle sort guérie de l'hôpital.

Obs. XXI. — *Chancre induré du col utérin, syphilides papuleuses de la peau.*

Rosa F..., vingt ans, mariée, est reçue dans le service le 24 juin 1887.

Elle dit ressentir des douleurs au fond du vagin depuis trois mois. Elle n'a pas d'adénopathie inguinale ou autre.

Depuis vingt jours, elle a observé de l'éruption sur le corps.

A son entrée, on trouve les lésions suivantes : sur toute la surface cutanée, mais plutôt sur la partie supérieure du corps, des papules typiques, proéminentes, de différents diamètres, mais ne dépassant pas le volume d'un gros grain de maïs, ayant une forme ronde. Ces papules sont au nombre de soixante-deux.

Sur le col de l'utérus, on trouve l'induration sclérotique du col, et un ulcère à bords parcheminés, gros comme une pièce de un franc.

Sur le chancre utérin, j'applique de la poudre d'iodoforme et un tampon d'ouate. Lavage à l'eau boriquée.

A l'intérieur, le tannate de mercure.

Le 15 juillet, on constate la disparition des papules cutanées, et modification sensible du chancre utérin.

Le 6 août, la malade sort guérie.

Obs. XXII. — *Syphilides papulo-squameuses de la peau.*

N. T..., vingt-sept ans, non marié, est reçu dans le service le 21 mars 1887.

Il dit avoir eu, il y a huit mois, un chancre situé à côté du frein préputial ; on en trouve encore la cicatrice. Pas de bubons.

Il y a quatre mois, il aurait eu des papules sur le scrotum, qui ont disparu à la suite d'un traitement mercuriel.

Depuis trois semaines, il possède l'éruption actuelle.

A son entrée, on trouve, disséminées sur le corps, des papules au nombre de cinquante-sept. Celles-ci commencent sur la peau du cou et s'étendent sur le thorax, les épaules, le dos, sur les membres supérieurs ; elles ont le volume de petits pois.

Quelques-unes d'entre elles sont couvertes de squames épidermiques blanchâtres.

Le 15 avril, on constate la disparition des papules.

Le 17, le malade sort guéri.

II

Nous pensons qu'il est inutile d'insérer ici d'autres observations de cette catégorie, les choses se sont passées chez tous nos malades soumis à ce traitement de la même façon, et nous pouvons dire que parmi plus de deux cents malades ainsi traités, presque tous ont bien supporté le tannate de mercure, et que nous n'avons observé de stomatite que chez quelques femmes anémiques, à mauvaise denture, et qui avaient, sans mon assentiment, pris, dès le commencement du traitement, 20 centigrammes de ce médicament par jour.

Si on prend pendant quelques jours 10 centigrammes seulement, et puis 20, on peut suivre ainsi le traitement pendant un mois sans avoir à craindre des accidents du côté de la bouche. C'est aussi de cette façon que mes malades de la clientèle privée suivent ce traitement.

Dans les observations inscrites ici, on voit que les malades sortaient de l'hôpital presque toujours au bout d'un mois. D'abord nous ne pouvions les conserver davantage, puisque, aussitôt les accidents effacés, les malades, se croyant guéris, insistaient pour être congédiés, et ensuite parce que notre service est affecté aux maladies internes proprement dites.

Mais nous engagions vivement tous nos malades syphilitiques à revenir, pendant au moins deux ans, prendre à des intervalles indiqués les médicaments nécessaires, nous conformant au principe du professeur Fournier, du traitement successif.

Car certes ce n'est pas un traitement d'un mois qu'il faut pour détruire le virus syphilitique de l'organisme, et, comme l'a très bien dit depuis longtemps déjà le professeur Fournier, il faut à maladie chronique traitement chronique (1).

Pour m'assurer de l'action du médicament sur les différents accidents syphilitiques, j'ai presque toujours employé cette préparation mercurielle seule. C'est ainsi que dans les papules syphilitiques, même dans les cas hypertrophiques, dans les chancres indurés quelquefois, dans les syphilides buccales, je n'ai presque pas eu recours à un traitement local, à action spécifique. Car si j'employais la poudre d'amidon en application locale sur les plaques syphilitiques nombreuses ou sur les ulcères indurés, et si je faisais faire des lavages boriqués, ces moyens ne peuvent être considérés que comme moyens hygiéniques, dont on ne

(1) Voir plus loin nos conclusions.

doit jamais se dispenser dans n'importe quel traitement. Aussi les bains et une alimentation tonique ont toujours été administrés à ces malades.

Une chose sur laquelle je me crois obligé d'insister est celle-ci. Le tannate de mercure s'élimine abondamment par la cavité buccale, et, si on ne prend pas les précautions nécessaires, on peut être exposé, dès le commencement de l'administration de ce médicament, à une irritation sur la muqueuse et, probablement. à une stomatite.

Aussi, pour éviter cet accident, j'ai toujours recommandé à mes malades un gargarisme avec le chlorate de potasse. Donc, dans l'administration du tannate de mercure, et je puis dire qu'on doit le faire lorsqu'on se sert de n'importe quelle autre préparation mercurielle, on doit, dis-je, en instituant le traitement anti-syphilitique, ajouter le chlorate de potasse.

Je ne vois aucun inconvénient à agir de la sorte, et, si on disait que d'autres préparations hydrargyriques ne donnent pas lieu à la stomatite, ce qui n'est pas juste, je pourrais dire que la préparation qui agit ainsi, ne s'éliminant pas par les glandes buccales, peut tout aussi bien s'éliminer moins par les urines et s'accumuler dans l'organisme.

Si je recommande le chlorate de potasse comme adjuvant utile dans ce traitement, ce n'est certes pas que, pris même à petites doses, le tannate de mercure produise une stomatite; non certes, car à la dose de 10 centigrammes en deux pilules par jour, une le matin, et une le soir avant chaque repas, ce médicament, est très bien supporté, et il ne détermine aucun trouble sur les muqueuses.

Cependant lorsqu'on a affaire à un cas de syphilis que l'on est en droit de considérer comme grave, il est indiqué et quelquefois indispensable de recourir à des doses plus fortes, comme à 0,20, et même 0,25 centigrammes par jour de ce médicament, en y ajoutant le gargarisme au chlorate de potasse.

Pour avoir quelques données sur l'absorption par l'économie et, partant, sur l'élimination du tannate de mercure, j'ai prié notre très distingué directeur des instituts chimiques, le Dr Bernad, de vouloir faire quelques analyses des salives, de la sueur et de l'urine des malades soumis au traitement par le tannate de mercure.

De cette analyse très bien exécutée, il résulte que l'élimination de cette substance est beaucoup plus abondante à un certain moment par la salive que par les urines, et qu'elle est nulle par les glandes de la peau.

De l'analyse exécutée par le Dr Bernad, et qui a été faite suivant le procédé de E. Ludwig Schneider, il résulte que l'élimination du

tannate de mercure est plus considérable, si le malade est soumis depuis plus longtemps au traitement. Ainsi en prenant pour base l'analyse de trois malades entrés dans le service : l'un le 10 juin, un autre le 21 juin, et enfin le troisième le 2 juillet, on constate que le premier présentait dans les urines, au jour de l'analyse, 12 juillet, 0 gr. 340 milligr. p. 1000; le second 0 gr. 73 milligr. p. 1000; et enfin, le troisième, 0 gr. 23 milligr. p. 1000.

Dans la salive du premier malade, on a trouvé la plus grande proportion du tannate de mercure éliminé, tandis que dans la salive des deux derniers malades on a trouvé une moindre élimination par la salive, comparativement avec l'élimination par les urines.

Cette analyse prouve que pendant quelques jours le tannate d'hydrargyre s'accumule dans l'organisme, mais bientôt après s'élimine tant par les glandes buccales que par les urines.

C'est ainsi que le premier malade, qui prenait 20 centigrammes de ce médicament depuis plus longtemps que les autres, a éliminé à un moment donné 0 gr. 340 milligr. p. 1000, soit 34 centigrammes par les urines, et ce malade, dans la salive duquel on a trouvé une grande élimination de mercure, n'a pas eu la moindre stomatite.

Pour me procurer de la salive et de la sueur, j'ai d'abord fait laver le corps des malades, puis je leur ai fait faire une injection de pilocarpine.

La salivation a été très abondante (200 grammes chez un malade); elle était très propre, claire, blanchâtre. Mais ces malades n'ont presque pas transpiré, de sorte que, dans la petite quantité de sueur recueillie, l'analyse chimique n'a rien découvert.

III

Ce qui résulte de cette communication, c'est que nous n'avons pas une grande confiance dans les injections hydrargyriques diverses, comme moyens efficaces dans le traitement de la syphilis, et nous avons dit plus haut que, par les injections, on ne sait pas la dose du médicament absorbé par l'organisme.

La communication du professeur Kaposi est venue prouver d'une manière éclatante nos prévisions; aussi je crois que le médecin n'a à choisir pour le traitement de cette maladie qu'entre le sublimé et le tannate de mercure, donné à l'intérieur dans les périodes primaire et secondaire de l'affection. Mais pour les raisons que nous venons d'établir, nous préférons le tannate de mercure au sublimé, et nous le donnons un temps

suffisant, chroniquement pour ainsi dire, dans le sens du professeur Fournier.

Aussi je ne puis admettre la méthode du Dr Langlebert qui, à ce Congrès, a émis l'opinion que les préparations hydrargyriques n'agissent que pendant les manifestations secondaires, et qu'on ne doit se servir du médicament spécifique que pendant l'évolution de ces manifestations.

« Agent essentiellement actif contre la syphilis en évolution, le mercure sera réservé pour combattre les manifestations cutanées ou muqueuses de la vérole. On ne l'emploiera pas dans leurs intervalles » ; à l'alinéa 5 de ses conclusions, Langlebert dit : « Le mercure n'exerce contre les manifestations secondaires ou tertiaires de la syphilis aucune action préventive. »

Tandis que, d'après cet auteur, l'iodure est le remède esssentiellement chronique de la syphilis, et qu'on doit, avec intervalles, continuer l'iodure pendant trois ans.

On doit, selon Langlebert, prescrire l'iodure aussitôt après la fin de la première éruption secondaire.

Donc si un malade, à la suite d'un chancre induré, a une manifestation secondaire quelconque, on doit lui prescrire le mercure pendant ces manifestations seulement; et comme, chez la plupart des malades, ces manifestations surviennent même au bout de six semaines, après la disparition du chancre primitif, les malades ne doivent être soumis au traitement spécifique que pendant ce court espace de temps, c'est-à-dire un temps relativement très court : six à huit semaines. Eh bien, je crois qu'avec une maladie qui a des racines profondes dans l'organisme, qui passe souvent du père au fils, on ne doit pas agir selon la méthode de M. Langlebert.

Puisqu'il est constaté que le mercure est souverain dans la syphilis, puisqu'il est admis jusqu'à un certain point que la syphilis est due à un bacille, et que ce *bacille ne vit*, ne prospère que sur *un terrain propice, où le mercure n'existe pas dans l'organisme;* il faut, dès le commencement selon moi, administrer le mercure aux malades, et le continuer à intervalles, en associant l'iodure pendant une, deux et trois années au moins.

Dans mes observations, on peut voir que j'ai administré le tannate de mercure même dans les cas de chancres indurés, et, comme on vient de le voir, j'ai dit plus haut qu'aussitôt le diagnostic de syphilis établi, mes malades étaient soumis au traitement mercuriel.

Cela veut dire que, même dans les chancres ou syphilomes primaires, je me suis servi de ce médicament, que je l'ai employé même dans la

syphilis tertiaire, bien que dans ces cas j'aie associé l'iodure de potassium ou de sodium au tannate de mercure. Pourquoi ne pas donner le mercure aussitôt le diagnostic du chancre induré établi? Pourquoi attendre les manifestations secondaires? Est-ce que en médecine générale on agit de la sorte? Est-ce qu'on attend que l'éruption de la variole, de la rougeole, se généralise pour administrer le traitement le plus indiqué? Est-ce qu'on attend que la diphtérie s'étende vers les voies aériennes pour agir? Et n'avons-nous pas de plus grands succès lorsque nous soignons les malades dès le commencement? Pourquoi donc agir autrement dans la syphilis? Oui, je suis d'accord avec ceux qui disent qu'il ne faut administrer le mercure que lorsque les manifestations secondaires sont venues prouver l'existence de la syphilis, et j'agis toujours ainsi lorsque je n'ai pas de preuves suffisantes de l'existence de la vérole; mais lorsque j'en ai des preuves, oh! alors, j'institue tout de suite la médication mercurielle, et je crois bien faire dans l'intérêt de mon malade.

Oui, je crois, et je pense qu'en cela le monde médical est d'accord, qu'une des causes qui font que dans le peuple ouvrier, — et j'ai fait cette observation à mon service d'hôpital, — les syphilides tertiaires cutanées graves occupent presque toute la surface de la peau, c'est que ces malades, gens de la campagne, n'ont pas suivi, dès le commencement de leur vérole, le traitement spécifique.

Puisque chez les gens qui se soignent on ne rencontre presque pas de syphilides aussi graves que chez les autres, on doit s'incliner devant la médication spécifique, à base de mercure.

Si je recommande la médication au tannate de mercure dès la fixation du diagnostic, « chancre induré », c'est que je crois à l'existence d'un bacille de la syphilis, et, plus tôt on combattra le microbe, plus sûrement, je crois, on arrivera à vaincre, à détruire le pouvoir de multiplication de ces microbes, à entraver leur existence dans l'organisme, et à leur refuser un terrain favorable de culture. Eh bien, en agissant seulement pendant les manifestations secondaires, empêche-t-on l'évolution des accidents semblables à une époque assez rapprochée? Nullement. On voit souvent des malades ayant eu une roséole, une syphilide papuleuse cutanée ou muqueuse, pour laquelle ils ont suivi un traitement mercuriel d'un mois, se croire guéris, les manifestations secondaires ayant disparu, et cesser tout traitement.

Qu'arrive-t-il? C'est qu'une année après, si ce n'est pas plus tôt, surviennent de nouvelles syphilides muqueuses de la bouche, du scrotum, de la vulve, de l'anus, une vraie récidive enfin, qu'on aurait pu prévenir par un traitement mercuriel plus long.

Ces syphilides étant contagieuses, il est impossible de ne pas admettre l'existence, dans l'organisme, du bacille syphilitique, même une année après l'existence du syphilome primaire et des manifestations secondaires mentionnées.

D'un autre côté, quel est l'agent qui conduit à la syphilis tertiaire? Voilà, je suppose, un malade qui a eu la vérole, pour laquelle il a été traité un mois, deux mois même, par le mercure et ensuite par l'iodure un temps plus long selon M. Langlebert; ce malade, pendant le cours de la première, deuxième ou quatrième année, est atteint d'accidents tertiaires. Quel est, dis-je, l'agent de ces manifestations tertiaires? Puisqu'on voit des récidives des plaques muqueuses chez des gens qui n'ont pas été traités suffisamment, et que ces plaques muqueuses sont contagieuses, l'agent morbide, le microbe, si vous le voulez, est enraciné dans l'organisme de ces malades et il ne disparaîtra qu'à la suite d'un long traitement mercuriel.

Dans les accidents tertiaires les plus graves, lorsqu'il s'agit d'empêcher la destruction du voile du palais, du nez, etc., n'est-ce pas au mercure en frictions qu'on a encore recours? Car si on ajoute l'iodure, il n'en est pas moins certain que le mercure est le médicament indispensable dans ces cas menaçants.

Ceci étant admis, force nous est d'admettre la présence du bacille syphilitique chez les malades, même à une période avancée de leur vérole, même à la période tertiaire.

Donc le bacille syphilitique réclame le traitement mercuriel, comme le paludisme réclame la quinine.

Qu'on ajoute l'iodure pour la période tertiaire de la syphilis, ou le fer dans la cachexie palustre, le médicament qui fait la base, qui représente un spécifique, n'est pas mis de côté dans ces cas, au contraire on doit toujours le prescrire.

C'est donc en administrant le mercure d'une manière chronique, à intervalles toutefois, qu'on peut venir à bout d'une maladie chronique.

Et c'est en s'adressant au mercure dès que le diagnostic de syphilis est fait, qu'on peut arriver à prévenir les accidents secondaires ou tertiaires graves.

On ne peut pas atténuer la vitalité de l'agent morbide de cette affection, suivant la méthode de ceux qui croient bien faire, en administrant le mercure seulement pendant les premiers mois de la syphilis.

Ainsi pour établir ma manière de traitement, je recommande, aussitôt le diagnostic de syphilis établi, un traitement de deux mois avec le tannate de mercure; je donne pendant quarante jours à raison

de 10-20 centigrammes par jour de ce médicament; et 10 centigrammes seulement les vingt jours suivants.

Pendant ce temps, le malade se gargarise chaque jour avec du chlorate de potasse, prend des bains de vapeur et une alimentation tonique.

Après deux mois de repos, nouvelle médication d'un mois, de 10 centigrammes de tannate de mercure en deux pilules par jour, une avant chaque repas.

Après trois mois de repos, reprise du mercure encore pendant un mois et à la dose de 5 centigrammes seulement par jour.

Enfin, après quatre mois de repos, le malade doit encore prendre pendant un mois du tannate de mercure, toujours à la dose de 5 centigrammes seulement par jour.

De sorte que, pendant la première année, le malade prend de quatre à cinq mois le traitement mercuriel à dose régressive à chaque prise de la médication.

Pendant la deuxième et la troisième année, le malade prendra de l'iodure de potassium ou de sodium; et, de temps en temps aussi, un peu de tannate de mercure.

C'est en somme la manière de faire du professeur Fournier, et, en fait de syphilis, je crois qu'on doit suivre strictement ses bons préceptes.

M. Ch. Mauriac : La syphilis possède deux spécifiques, le mercure et l'iodure de potassium.

Chacun d'eux est doué d'une action curative puissante, qui ne fait que bien rarement défaut dans l'ordre des manifestations que chacun d'eux est plus spécialement appelé à combattre.

Leur action préventive est très inférieure à leur action curative, si tant est qu'elle existe, ce qui est probable, mais difficile à démontrer d'une façon positive. Toujours est-il qu'elle est fort incomplète, puisque les premières poussées successives de la maladie s'effectuent à peu près fatalement chez ceux qui sont traités ou chez ceux qui ne le sont pas.

Il ne faut donc pas diriger systématiquement la médication spécifique contre la diathèse, en dehors de ces manifestations, car, sans cela, on serait astreint à traiter les syphilitiques pendant toute la durée de leur existence.

On doit attaquer les accidents par l'un ou l'autre spécifique ou par les deux, suivant la durée et la mesure qu'exigent leur intensité, leur généralisation, leur nature, leur date, et leurs localisations.

En un mot, la source des indications se trouve, non pas dans l'idée forcément hypothétique qu'on se fait de la diathèse à l'état virtuel, mais bien dans les effets matériels de cette diathèse, dès qu'elle commence à

passer du repos à l'action. Quand elle est absolument à l'état de latence, c'est le moment qu'il faut choisir pour ne pas troubler l'organisme par une médication qui s'émousse et qui attaque vainement une chose invisible et insaisissable.

La meilleure manière d'introduire le mercure dans l'organisme, la plus usuelle, la plus commode et celle qui se plie le mieux à toutes les indications, c'est la méthode stomacale.

M. Balzer (Paris) : En venant à nos réunions, Messieurs, je n'avais pas cru devoir préparer une communication nouvelle sur le traitement de la syphilis par les injections intramusculaires de préparations mercurielles insolubles. J'ai déjà beaucoup publié sur cè sujet, et il me paraissait inutile de me répéter, surtout dans un Congrès où l'abondance des matières est aussi grande. Je ne prends la parole que pour répondre à quelques-unes des objections qui sont faites aux injections.

Les accidents locaux restent toujours l'obstacle principal qui s'oppose à la diffusion complète de la méthode de Scarenzio. Ils sont causés par le développement d'un processus inflammatoire qui aboutit à la suppuration, quelquefois à la nécrose de quelques fibres musculaires. Les recherches du Dr de Christmas, faites dans le laboratoire de M. Duclaux, ont confirmé mes propres expériences à ce point de vue et ont prouvé que l'intervention des microbes était nulle dans la genèse de ces abcès uniquement dus à l'action irritante spéciale du mercure. Ces suppurations inévitables, comme je l'ai déjà écrit, se résorbent au bout d'un temps variable que je crois pouvoir évaluer à deux ou trois mois. Cet accident local est jusqu'à présent le seul, en ce qui concerne mon expérience personnelle, qui puisse faire incriminer sérieusement la méthode de Scarenzio.

J'ai observé, en effet, la stomatite mercurielle, mais pas plus souvent qu'en employant les autres procédés de mercurialisation. Je n'ai jamais observé d'accidents, ni du côté du système nerveux, ni du côté de l'intestin. Je n'ai jamais entendu parler d'accidents sérieux arrivés dans les autres services de l'hôpital de Lourcine, dans ceux de MM. Hirtz, de Beurmann et Pozzi. Dans ce dernier service, la méthode n'a pas été, je crois, pratiquée d'une manière aussi suivie que dans les autres.

Nous n'avons jamais eu de cas de mort, et à ce propos je ne puis m'empêcher de faire remarquer que c'est aussi le cas de tous ceux des membres du Congrès qui ont pratiqué ces injections. Je vois dans cette salle MM. Bertarelli, de Watraszewski, Zuriaga, Klotz, M. le professeur Neumann, etc., et j'ai la conviction qu'ils nous feraient part des observations

de cas de mort, s'il leur avait été donné d'en observer dans leur pratique. Je suis convaincu que nos confrères ont fait comme moi cette remarque, que les cas de mort publiés jusqu'à ce jour ont été causés par l'oubli des conditions qui s'imposent non seulement à la médication mercurielle par les injections, mais à toute médication mercurielle.

Quelle que soit la voie d'introduction, tube digestif, surface respiratoire, surface cutanée ou tissus sous-cutanés, la dose du mercure administré doit être faible, si on a la certitude qu'elle sera absorbée. On connaît les modifications profondes qu'ont subies à ce point de vue les méthodes des frictions et des fumigations mercurielles autrefois si dangereuses. Nous voyons journellement aussi l'application de cette règle dans l'administration du calomel à doses massives, quand on veut purger, à doses très faibles au contraire, quand on veut le faire absorber. La méthode des injections massives a traversé des phases analogues ; les doses relativement considérables avec Scarenzio et Ricordi, trop fortes encore avec Smirnoff, ont été abaissées par Watraszewski et par tous les auteurs, de manière à rendre les dangers d'intoxication à peu près illusoires, ou tout au moins pas plus redoutables qu'avec les autres méthodes de mercurialisation. Je le répète, moins il y a de déperdition de mercure dans les doses employées, quel que soit le mode d'introduction, et plus ces doses doivent être faibles.

Or cette règle, qui s'applique d'ailleurs à toutes les médications, a été manifestement méconnue dans la plupart, sinon dans toutes les observations de cas de mort, qui ont été rapportés depuis quelque temps. Quand on injecte des doses de mercure supérieures à 0 gr. 40 centigrammes à 1 gramme, à 1 gr. 25, quand on va jusqu'à deux grammes, il se peut que, par hasard, l'enkystement de la dose injectée prévienne les accidents toxiques, mais ceux-ci doivent fatalement se produire lorsque la préparation mercurielle vient à se répartir sur une grande surface. Mêmes dangers si les doses convenables sont administrées à des intervalles trop rapprochés, de manière à réaliser aussi des phénomènes d'absorption s'exerçant non sur une grande étendue, mais en des points multipliés. Ce qui serait étonnant en pareils cas, ce serait la non-production des accidents d'intoxication.

Je ne crois donc pas avoir besoin d'insister sur les conditions d'application de la méthode qui doivent mettre à l'abri de revers aussi redoutables. Je reviendrai seulement encore sur quelques précautions qui me paraissent d'une grande importance.

Les injections de préparations mercurielles insolubles ne sont pas applicables à tous les malades : leur emploi doit être subordonné aux

conditions particulières dans lesquelles se trouve chaque malade. Ces conditions, sur lesquelles j'ai déjà appelé l'attention dans des publications antérieures et qui ont été étudiées dans les thèses inaugurales de MM. Sibilat et Briend (1888), sont d'ailleurs les mêmes dont l'examen s'impose au moment d'instituer une médication mercurielle quelconque. Il faut s'assurer par l'examen général, par l'examen des urines, que le malade n'est pas atteint d'une affection cachectisante qui le mette hors d'état de tolérer un traitement mercuriel énergique (albuminurie, diabète, phtisie, âge trop avancé, cachexies diverses). Il faut s'assurer que l'état de ses dents et de sa muqueuse buccale ne le prédispose point d'une manière évidente à l'explosion de la stomatite mercurielle ; il faudra lui imposer une hygiène buccale minutieuse et suivie. Comme on le voit, cet examen et ces précautions préalables que nous nous imposons régulièrement doivent également être la préface de toute médication mercurielle.

Enfin, il faut encore s'astreindre à un *modus faciendi* particulier si l'on veut éviter la production des embolies pulmonaires. Il faut enfoncer la canule profondément ; cette canule doit être sèche et parfaitement perméable ; pour s'assurer qu'elle n'a pas pénétré dans un vaisseau, on attend un instant pour voir si le sang n'apparaîtra pas à son entrée ; on fait ensuite l'injection lentement, en maintenant solidement la canule. Ces précautions, comme l'a dit mon maître M. Besnier, doivent être prises non seulement pour les injections mercurielles, mais encore pour toutes les injections sous-cutanées.

On peut résumer tout ce qui vient d'être dit de la manière suivante : l'emploi des injections mercurielles doit être basé d'une part, sur les règles générales de la médication mercurielle, et d'autre part, sur les règles de la médication hypodermique. Je ne crois pas que ceux qui ont tenu à ne pas s'en écarter, aient eu à déplorer aucun des accidents graves dont on nous a entretenus.

Quant à moi, je n'ai jamais eu à reprocher que ses inconvénients locaux à la méthode inaugurée par Scarenzio, et ces inconvénients peuvent être considérablement atténués, lorsque les malades veulent bien se soumettre à quelques précautions élémentaires sur lesquelles je ne veux pas revenir.

J'ai eu, au contraire, bien souvent à me féliciter au point de vue des résultats d'avoir eu recours aux injections sous-cutanées. Je n'ai pas rencontré pour leur emploi les résistances qui ont été signalées par plusieurs de mes collègues. La méthode de Scarenzio est facilement acceptée par les malades à la condition de ne pas être imposée d'une manière trop autoritaire. Il m'est arrivé et il m'arrive encore fréquem-

ment à l'hôpital de Lourcine de voir des malades qui avaient obstinément repoussé les injections venir les réclamer d'elles-mêmes au bout de quelques jours après en avoir constaté les effets sur leurs compagnes.

Mais je tiens aussi à répéter que si cette méthode sagement employée ne présente pas de dangers sérieux, elle n'a pas la supériorité d'action extraordinaire qu'on lui a attribuée en se basant à tort sur les faits les plus favorables. Il ne faut pas demander à cette méthode plus qu'elle ne peut donner. Quelle que soit la préparation employée, quel que soit le mode d'administration, le mercure est toujours le mercure : il subit toujours les mêmes transformations et, par conséquent, reste identique dans son action. Il ne faut pas chercher pour lui, dans la méthode de Scarenzio, d'autre supériorité d'action que celle que l'introduction par la voie hypodermique donne à tous les médicaments. Il en est pour le mercure comme pour les autres; il peut agir très bien par les autres voies d'introduction, à la condition d'être absorbé, et c'est la seule certitude de l'absorption qui donne toute leur valeur aux procédés de mercurialisation par injections sous-cutanées.

Mais, au nom même de cette identité d'action du mercure introduit dans l'économie par les diverses voies d'absorption, on doit se refuser à admettre que le mercure puisse procurer des accidents toxiques ou autres qui seraient particulièrement produits lorsqu'il est injecté dans les tissus. Et notamment il ne nous est pas encore démontré que ce mercure puisse provoquer des manifestations de la syphilis du côté de la peau, des muqueuses ou des viscères. Incontestablement aussi ces accidents devraient se produire lorsque, ce qui n'est pas rare, le mercure est introduit par la voie stomacale en quantité trop considérable. Or, dans ces conditions, personne ne veut attribuer aujourd'hui au mercure les accidents cérébraux, médullaires ou autres, imputables seulement à la syphilis. Pour que cela pût être admis, il faudrait donc des démonstrations plus rigoureuses que celles que l'on a fournies jusqu'à ce jour.

Il est vrai, hâtons-nous de le dire, que ce n'est pas par l'action directe du mercure que l'on expliquerait peut-être la genèse des accidents syphilitiques graves consécutifs à l'emploi des injections sous-cutanées. On sait, en effet, que dans les cas assez rares d'accidents cérébraux graves rapportés par les médecins d'Almaden dans l'intoxication aiguë par le mercure, lors même qu'il s'est produit des paralysies, on ne trouve pas de lésions de foyer pour les expliquer : les accidents sembleraient dus plutôt à des fluxions séro-sanguines, peut-être à l'action directe du poison sur les éléments nerveux.

D'autre part, il serait trop peu rationnel d'admettre que le mercure, qui combat d'ordinaire efficacement la syphilis, puisse, à un moment donné, favoriser directement le développement de ses néoplasies.

Elles auraient une autre pathogénie basée sur la production des phénomènes fluxionnaires qui peuvent apparaître au cours de l'intoxication mercurielle, du côté de la bouche, de l'intestin ou du système nerveux central. Or aucune observation probante ne démontre que ces fluxions puissent être réellement la cause d'appel de localisations du virus syphilitique. Cette propriété de réveiller l'infection syphilitique et de provoquer ses manifestations a été attribuée au soufre pendant bien longtemps, et a été la base du traitement dit d'épreuve.

Mais cette opinion de plus en plus battue en brèche a moins de défenseurs aujourd'hui qu'autrefois. Nous croyons de même qu'il sera non moins difficile d'établir sur des données solides la nocivité du mercure par le mécanisme des fluxions sanguines. Comme MM. du Castel et Leloir, j'ai observé des éruptions de plaques muqueuses buccales à la suite des injections, et même après que celles-ci avaient agi sur d'autres points en faisant disparaître des syphilides, mais ces manifestations m'ont toujours paru liées à l'évolution naturelle de la syphilis. D'ailleurs il m'est arrivé encore plus souvent de faire les mêmes constatations après d'autres traitements mercuriels.

Les fluxions peuvent-elles, en effet, provoquer l'éclosion d'une lésion syphilitique localisée, gomme, artérite, éléments éruptifs? Personne ne peut le soutenir avec preuves à l'appui. Pourraient-elles aggraver des lésions préexistantes? Cela pourrait être admis en ce qui concerne les lésions buccales, mais encore faut-il établir beaucoup plus rigoureusement qu'on ne l'a fait jusqu'ici, la part des lésions causées par le mercure et la part des lésions causées par la syphilis : peut-être trouverait-on que cette dernière n'est guère augmentée. L'incertitude est plus complète encore en ce qui concerne le système nerveux. Comment se prononcer entre ceux qui redoutent la céphalalgie mercurielle et ceux qui trouvent que le mercure injecté est le meilleur remède de la céphalée syphilitique? Comment donner tort ou raison à ceux qui ne veulent que la médication iodée pour la syphilis cérébrale et ceux qui tiennent à lui associer le traitement mercuriel le plus énergique? Et cette médication iodée elle-même est-elle complètement exempte de toute poussée congestive vers les centres?

Plusieurs autres points nous paraissent encore trop peu éclaircis pour que nous puissions admettre l'exagération des dangers de la syphilis par le fait des injections mercurielles. Nous avons tenu à les défendre contre ce grave reproche qui nous paraît porter plus loin que ne le pen-

sent peut-être les adversaires de la méthode de Scarenzio. Pénétré des enseignements que nous avons reçus dans cet hôpital et profondément convaincu des bienfaits de la médication mercurielle, nous nous sommes servi des injections avec la pensée qu'elles agissaient dans le même sens que les autres procédés de mercurialisation. Mais il nous semble que l'antimercurialisme aurait de sérieuses raisons à donner, si l'on pouvait produire la preuve d'une action provocatrice exercée sur la syphilis par les injections. Il faudrait logiquement examiner à ce même point de vue les autres formes de la médication mercurielle, et il y aurait à se demander s'il est suffisant de rejeter les injections et s'il ne convient pas de condamner toute médication mercurielle énergique, sinon le mercure lui-même.

M. de Watraszewski (Varsovie) : Je me range complètement à l'avis de M. Balzer quant à la valeur des injections mercurielles insolubles. Elles constituent une méthode excellente dans le traitement de la syphilis; je m'en sers depuis des années et l'applique dans les cas récents et tardifs de la maladie avec le meilleur succès. C'est avec surprise que j'entends ici les opinions des orateurs précédents, d'après lesquels la méthode en question serait si dangereuse. Les dangers n'existent pas si on se sert des doses amoindries que j'ai indiquées dans mes publications antérieures.

Les accidents graves dont l'emploi de sels mercuriels insolubles peut être quelquefois accompagné et le moyen d'éviter ceux-ci seront donc l'objet de la communication que je vais vous faire :

Messieurs,

Dès le moment où les avantages de l'emploi hypodermique de sels mercuriels insolubles furent constatés dans la thérapeutique de la syphilis, ces sels furent adoptés par nombre de médecins spécialistes, principalement à cause de leur emploi commode et de leur action prompte et intense contre les manifestations de la vérole.

Aux expériences entreprises d'abord avec le calomel succédèrent à bref délai les essais avec d'autres préparations mercurielles : avec les oxydes de mercure, l'huile grise, le tannate de mercure, etc., etc. Il n'existe probablement pas de combinaison mercurielle insoluble qu'on n'ait pas essayée sous ce rapport.

Si, parmi les diverses préparations spécifiques qui nous occupent, nous admettons comme critérium, pour apprécier la valeur thérapeu-

tique d'un médicament donné, l'effet curatif que produisent des doses minimes de ce médicament, il résulte que les préparations mercurielles qui contiennent les plus grandes quantités chimiques de l'agent actif, spécifique, c'est-à-dire de mercure, auront la préférence sur les autres.

Outre le mercure pur employé comme tel, les oxydes hydrargyriques et le calomel sont à placer en première ligne.

Certaines préparations, comme le thymolate, le salicylate et le carbonate de mercure, auxquels, en raison de leur composition chimique, on a cru pouvoir attribuer des propriétés parasiticides exceptionnelles, semblent, comme agents antisyphilitiques, avoir trompé l'attente. Les éléments constitutifs de ces préparations antiseptiques, dans le sens général du mot, n'augmentent pas par leur combinaison avec le mercure l'action antisyphilitique de ce dernier.

C'est pourquoi les résultats obtenus par l'emploi hypodermique de de sels mercuriels insolubles peuvent encore, comme j'ai eu l'honneur de le faire dans une communication antérieure (1), être résumés de la façon suivante :

La réaction locale et générale causée par l'injection est d'autant moins accentuée, que la quantité du sel injecté est moins considérable, et l'action spécifique du mercure sur l'organisme et sur les manifestations de la vérole est d'autant plus accentuée, que le nombre des unités chimiques mercurielles contenues dans une quantité déterminée de la préparation est plus considérable.

Suivant ce principe, il serait rationnel de nous borner, dans la pratique, à l'emploi de l'oxyde jaune et du calomel, et finalement à celle du mercure métallique, ce qui, d'ailleurs, a été accepté par la plupart des spécialistes, partisans de la méthode hypodermique. De sorte que, si les injections avec les combinaisons susmentionnées jouissent de la renommée des cures méthodiques, celles faites avec d'autres préparations mercurielles portent encore plus ou moins le caractère de traitement d'essai.

Le nombre des partisans du calomel a sensiblement diminué à cause des perturbations locales et souvent générales qu'il produit. Des observations ultérieures prouvant l'effet toxique intense du calomel ne sont vraiment pas encourageantes et sont plutôt propres à diminuer le nombre restreint de ceux qui s'en servent encore dans leur pratique. Différents auteurs ont eu la mauvaise chance de voir succomber leurs

(1) De Watraszewski. *Du traitement de la syphilis par les injections de sels mercuriels insolubles.* Congrès international de Washington, 1887.

malades traités par les injections de calomel, et M. Runeberg (1) a réuni sept observations semblables.

Dans le temps où j'employais le calomel, je me vis obligé, à cause d'une action locale et générale souvent trop violente, de réduire successivement la dose primitive de 20 centigrammes de calomel, recommandée par M. Smirnoff, à 10, 6 et 5 centigrammes de ce sel pour une injection.

Pourtant l'effet thérapeutique provoqué par ces faibles quantités a été excellent, ce que, d'ailleurs, feu le professeur Sigmund (2) avait constaté bien avant moi.

Il est vrai que la réaction locale, même après l'emploi de ces petites quantités de calomel, surpassa celle que provoquent les mêmes doses d'oxyde jaune de mercure, qui, dans son action spécifique, correspond au calomel.

La cause des résultats funestes publiés par M. Runeberg consisterait donc principalement dans l'emploi de quantités trop élevées de calomel, et peut-être aussi dans la disposition individuelle des sujets à assimiler le mercure beaucoup plus promptement que cela n'a lieu dans les conditions ordinaires.

De pareilles intoxications funestes ne seraient pas à craindre en réduisant la dose de calomel injectée à 5 centigrammes. Je crois avoir le droit de le prétendre, d'après les observations que j'ai faites avec l'oxyde jaune de mercure, qui, employé à hautes doses de 10 à 12 centigrammes à la fois chez quelques individus traités dans le temps où j'ai commencé à m'en servir, provoqua un état d'affaiblissement souvent sérieux accompagné de diarrhée ou de stomatite intense, complications que je n'ai jamais observées depuis que j'ai abaissé la dose du médicament injectée en une fois d'abord à 6, et finalement à 4 centigrammes.

Depuis plusieurs années, je m'en sers avec le meilleur succès et des milliers d'injections à la même dose ont été faites par moi et par MM. les médecins de l'hôpital Saint-Lazare, à Varsovie. Jamais aucun de nous ne fut dans la désagréable situation d'avoir non seulement à déplorer un cas mortel, mais jamais nous ne vîmes se développer des complications qui auraient pu nous donner quelque inquiétude sur la santé de nos malades et qui auraient pu être mises sur le compte de l'action fâcheuse ou trop violente du médicament employé.

(1) Runeberg. Quecksilberintoxication mit tödlichen Ausgang nach Calomelinjectionen; *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1889, N° 1.

(2) K. Sigmund von Ilanor. *Vorlesungen über neuere Behandlungsweisen der Syphilis*, Wien, 1880.

L'emploi du mercure métallique sous forme d'huile grise, d'après la méthode du professeur Lang, ou d'huile grise benzoïnée, d'après celle du professeur Neisser, à doses nouvelles, me paraît plus dangereux encore. L'observation publiée dernièrement par M. le professeur Kaposi (1), où l'injection de l'huile grise fut suivie de mort, et celle de M. Hallopeau (2), qui, dans le courant d'un traitement par les injections d'huile grise, vit se développer une intoxication mercurielle des plus intenses, démontrent suffisamment les dangers inhérents à l'emploi de l'huile grise et invitent à la circonspection.

Les embolies pulmonaires constatées dans les derniers temps chez les malades traités par les injections mercurielles insolubles sont, il est vrai, moins dangereuses que les complications dont nous venons de parler, mais assez sérieuses, en tous cas, pour fixer toute notre attention.

Qu'il me soit permis d'entrer dans quelques détails à propos du développement de cette complication et de les faire précéder par quelques mots sur la qualité des liquides employés pour les injections et sur la manière dont ils se comportent dans l'organisme.

Une condition importante dans l'application hypodermique rationnelle des sels mercuriels insolubles est, sans contredit, le choix d'un liquide approprié servant de véhicule à la préparation spécifique.

Ce véhicule doit répondre aux exigences suivantes :

a) Il doit avoir assez de consistance pour pouvoir tenir en suspension l'agent actif relativement lourd ;

b) Injecté dans les tissus, il doit posséder la qualité de ne point les irriter par sa présence, c'est-à-dire qu'il doit être, sous le rapport chimique, complètement indifférent ;

c) Il ne doit pas produire des perturbations générales dans l'organisme ;

d) Il ne doit pas avoir la propriété de décomposer le sel mercuriel qu'il porte en suspension et ne doit pas se décomposer lui-même par le contact avec ce dernier.

Les véhicules principalement employés pour les injections qui nous intéressent, seraient : la glycérine, la solution de gomme arabique, et enfin différentes graisses liquides, comme l'huile d'olives, l'huile d'amandes douces, l'huile de vaseline, de paraffine, etc.

(1) Kaposi. Ueber einen Fall von acuter letaler Quecksilbervergiftung durch subcutane Injection von Oleum cinereum. *Erster Kongress der Deutsch. Dermat. Gesellschaft*, 1889.

(2) Hallopeau. Des inconvénients et des dangers inhérents au traitement de la syphilis par les injections de mercure pratiquées à intervalles éloignés. *Bull. médical*, 1888, p. 1113.

Quant à la glycérine, il est impossible de la considérer comme un liquide indifférent à cause de sa grande affinité pour l'eau. Les injections faites avec de la glycérine pure provoquent une douleur assez persistante au lieu injecté. Aussi est-elle complètement abandonnée pour le but qui nous intéresse.

La solution de gomme arabique dans la proportion usuelle de 1 sur 120, qui semble posséder toutes les qualités désirées, fut bientôt substituée à la glycérine, pour être à son tour remplacée en grande partie par les véhicules graisseux. Injectée sous la peau plus ou moins profondément ou instillée dans une veine, elle ne provoque ni irritation locale ni aucun trouble appréciable dans l'organisme.

Les graisses liquides végétales : l'huile d'olives et d'amandes douces, de même que la paraffine liquide, ne produisent pas non plus de réaction, quoique un degré léger de douleur persiste quelquefois au lieu de l'injection. En outre, leur injection dans les veines n'est pas suivie, comme je pus m'en convaincre, de réaction morbide de l'organisme.

D'ailleurs les expériences faites, il y a déjà un certain temps, par Cohnheim (1) l'ont suffisamment démontré.

L'huile de vaseline est loin d'être indifférente à notre point de vue. Le lieu où elle a été injectée devient douloureux au bout de quelque temps et la douleur s'y maintient quelquefois pendant des journées entières.

L'injection d'une seringue de Pravaz de vaseline liquide, dans la veine d'un chat, fut chaque fois suivie d'une réaction générale assez intense, caractérisée par l'abattement de l'animal, la perte de l'appétit, de la fièvre, et quelques jours se passaient d'ordinaire avant que la bête fût complètement rétablie.

La scène change du moment que les véhicules mentionnés contiennent un agent spécifique : la présence d'une préparation mercurielle dans les tissus est toujours suivie d'un certain degré de réaction inflammatoire.

Outre les sels mercuriels proprement dits, nous sommes obligés de placer au même rang le mercure métallique émulsionné dans la graisse sous forme d'huile grise.

Par suite du contact intime qui s'établit entre le mercure et la graisse, les conditions sont réunies pour la formation de combinaisons chimiques, de sels mercuriels graisseux.

Je m'abstiens d'énumérer tous les inconvénients que produisent parfois les injections de sels mercuriels insolubles au point de vue local et général, et j'aborde la question de la possibilité bien rare à

(1) Cohnheim. *Allgemeine Pathologie.*

ce qu'il semble, de la pénétration du liquide injecté dans une veine, d'où emporté par le courant du sang il arrive au cœur et de là passe dans les poumons.

M. Lesser a cité une observation semblable dans laquelle le malade traité par des injections d'une préparation mercurielle insoluble, fut atteint d'une affection aiguë des poumons qui présenta tous les symptômes d'un infarctus pulmonaire.

Je puis de mon côté citer aussi deux cas dans lesquels, après des injections faites avec de l'huile de vaseline et contenant chacune quatre centigrammes d'oxyde jaune injectés à la fois, je vis paraître des lésions localisées des poumons qui, sans autres conséquences fâcheuses pour les malades, disparurent lentement dans le cours de quelques semaines.

La marche de la maladie ressemblait en général au tableau décrit par Lesser, elle présentait les caractères de pneumonies localisées, qui se développèrent peu de temps après l'injection, seulement avec beaucoup moins d'acuité.

Il ne semble pas possible de douter que cette complication ne fût en rapport avec les injections faites aux malades. Les deux malades prétendirent n'avoir jamais eu de maladies du poumon et je ne pus constater chez eux aucun signe permettant de supposer une altération pulmonaire chronique.

Dans les deux cas, la complication fut constatée après l'injection du sel mercuriel mêlé à l'huile de vaseline. Je les ai observés à une époque où, me servant ordinairement de la solution de gomme arabique comme véhicule, je lui substituai temporairement la vaseline liquide.

Puisque pareille complication ne m'était jamais arrivée auparavant, l'idée me vint qu'elle pouvait être en rapport avec la nature du liquide servant de véhicule au remède. En pareil cas, toutes les conditions sont réunies pour le développement d'une réaction plus intense que celle qui se produit après l'injection d'un liquide se mêlant facilement avec le sang, et qui, après avoir pénétré par hasard dans une veine, est porté vers les poumons.

L'observation de M. Lesser ne servit qu'à confirmer mon opinion, à savoir que les symptômes de pneumonies localisées s'observent exclusivement dans les cas où la préparation mercurielle dont on se sert est injectée dans un véhicule graisseux.

(1) Lesser. Ueber Nebenwirkungen bei Injectionen unlöbslicher Quecksilberverbindungen. *Archiv. für Dermat. u. Syphilis*, 1888.

Une série d'observations entreprises sur des chats semblent avoir dissipé les derniers doutes à ce sujet.

J'ai instillé dans les veines jugulaires de ces animaux les différents liquides employés pour les injections dans le traitement de la syphilis.

Outre l'huile grise, tous les autres liquides contenaient de l'oxyde jaune, et pour avoir des résultats plus manifestes, j'ai employé des quantités et des doses relativement élevées.

Les résultats de ces expériences dont j'omets les détails peuvent être résumés de la manière suivante :

1° Les injections d'huile grise (Lang), d'huile grise benzoïnée (Neisser), produisent, dans les premiers jours après l'opération, des hépatisations lobulaires étendues des poumons.

Dans un certain nombre de cas, les changements mentionnés furent suivis d'une suppuration consécutive et de formation d'abcès dans le tissu pulmonaire hépatisé.

La quantité injectée d'huile grise fut d'une demie jusqu'à trois quarts de seringue de Pravaz.

2° Des changements semblables, avec une marche plus rapide et à un degré plus intense, ont été constatés après les injections faites avec de l'oxyde jaune, mêlé aux liquides graisseux suivants : huile d'olives, huile d'amandes douces, huile de vaseline, huile de paraffine.

L'absorption rapide du mercure par l'organisme et l'hydrargyrose générale aiguë semblent ici avoir facilité et accéléré le processus destructif dans le tissu pulmonaire affecté.

La quantité injectée de chacun de ces liquides était une demi-seringue de Pravaz avec 2 à 3 centigrammes d'oxyde jaune pour une injection.

3° L'émulsion d'oxyde jaune dans la solution de gomme arabique, injectée en même quantité et à la même dose, produisit dans les premiers temps après l'opération des foyers de hépatisation et d'infiltration miliaires dispersés sans ordre dans les différentes régions des poumons. A la fin de la semaine, ces foyers commencèrent à subir des métamorphoses régressives aboutissant à la résorption. Je ne vis de suppuration survenir au lieu des changements décrits qu'après avoir doublé la dose d'oxyde jaune. Il s'établit alors une confluence entre de nombreux foyers miliaires qui bientôt fut suivie de ramollissement et de suppuration.

Le mercurialisme aigu a certainement contribué à la production et au développement de ces altérations.

Les changements anatomo-pathologiques décrits peuvent, comme je le crois, être facilement expliqués si nous nous représentons la manière

dont les liquides se comportent dans les vaisseaux pulmonaires suivant leur nature et leurs qualités.

L'huile grise, comme les autres liquides graisseux qui ne possèdent pas la faculté de se mêler avec le sang, est transportée dans les poumons sous forme de gouttes plus ou moins volumineuses et produit de la sorte l'oblitération de ramifications entières des artères pulmonaires, et cause ainsi des processus inflammatoires consécutifs des régions pulmonaires correspondantes.

Il en est autrement avec l'émulsion de la solution aqueuse de gomme arabique qui a la faculté de se mêler facilement avec le sang et forme avec ce dernier un liquide plus ou moins homogène; par suite de quoi, les particules du sel insoluble ne sont pas portées en masse, mais arrivent disséminées dans les capillaires des différents districts pulmonaires.

C'est pourquoi les altérations consécutives, déterminées par leur présence dans les poumons, ont plutôt le caractère d'une inflammation en forme de foyers miliaires disséminés au milieu d'un tissu sain à un degré d'inflammation beaucoup moins intense, plus apte à la régression.

Il est peu probable que les liquides graisseux employés chez l'homme dans un but curatif et à la dose habituelle, même s'ils pénètrent dans le système veineux, puissent jamais provoquer une série de changements allant jusqu'au degré constaté dans les expériences.

Ils pourraient toutefois produire une inflammation lobulaire plus ou moins intense des poumons, comme le démontrent aussi les observations cliniques de M. Lesser et les miennes.

L'embolie pulmonaire capillaire sous forme de foyers disséminés consécutive à l'injection d'oxyde jaune mêlé au mucilage gommeux peut, il est vrai, donner aussi naissance à une inflammation du même caractère, mais toujours beaucoup moins intense et cliniquement beaucoup moins grave que l'autre.

Je pense que dans un certain nombre de cas où une certaine quantité d'un sel mercuriel insoluble mêlé à la solution gommeuse est injectée dans une veine, un processus de cette nature se produit et passe inaperçu même pour le médecin le plus attentif, sans produire d'indisposition importante et sans inconvénients pour le malade.

Malgré que des complications pareilles semblent être bien rares et malgré que, dans les observations citées, les malades aient guéri rapidement de ces complications, il nous paraît cependant important de les éviter dans l'avenir.

Ayant le choix d'un véhicule approprié, nous possédons le moyen, sinon de les éviter entièrement, du moins de réduire au minimum leurs fâcheuses conséquences.

M. Bertarelli (de Milan) : Sur environ 2,000 malades, soignés par moi au moyen d'injections de 0 gr. 20 ou 0 gr. 10 de calomel pour 1 gramme de glycérine ou d'huile de vaseline, ou au moyen d'injections de sublimé corrosif, je n'ai jamais eu d'accidents graves. Les malades soumis à ce traitement pouvaient vaquer à leurs occupations, se livrer aux travaux pénibles, monter à cheval, etc. Après l'injection de 0 gr. 20 au bras (méthode Scarenzio), j'avais toujours un abcès, mais un abcès très léger et qui guérissait bien vite. Mais après l'injection de 0 gr. 10 aux fesses (méthode Scarenzio-Smirnoff), quand elle est pratiquée avec tous les soins antiseptiques, je n'ai presque plus d'abcès. Après les injections de sublimé corrosif 0 gr. 01, chlorure de sodium 0 gr. 02, eau distillée 1 gramme, je n'ai jamais eu ni abcès ni autres accidents.

M. Barthélemy (de Paris) : Les instructives et minutieuses recherches de MM. Balzer et de Watraszewski nous indiquent tous les détails de l'application d'une méthode thérapeutique encore nouvelle et précieuse. Mais ce que j'aurais voulu entendre d'eux, c'est la comparaison entre la gravité d'une syphilis ainsi traitée et celle d'une autre syphilis de même intensité traitée par les autres procédés en usage. La méthode des injections est-elle plus efficace ? Les poussées secondaires sont-elles moins durables et moins fréquentes? Les accidents tertiaires, et notamment les lésions graves du système nerveux sont-ils évités, etc.?

Voilà pourtant ce qu'il est indispensable de savoir, si l'on veut faire adopter les injections hydrargyriques comme une *méthode générale* de traitement. En effet, il faut, dans les résultats thérapeutiques, un avantage considérable pour compenser les difficultés de la pratique de ville et même de la pratique hospitalière. M. Balzer convient lui-même que la méthode des injections est surtout une *méthode d'exception;* c'est absolument mon avis. De même que, dans les cas de menace grave du côté du système nerveux, nous avons, sans tarder, recours aux frictions, de même nous pratiquons les injections dans les cas, par exemple, où les lésions de glossite secondaire ou secondo-tertiaire sont très tenaces et résistent aux moyens ordinaires, irrités qu'ils sont par les stomatites dues aux pilules ou aux frictions mercurielles. Les injections seront très utiles aussi dans un service de prostituées par exemple, où les malades, on le sait, n'avalent pas leurs pilules et médicaments ou font mal leurs

frictions, etc. Mais ce n'est que s'il était bien démontré que les injections guérissent plus vite et plus sûrement que les autres procédés que l'on serait en droit de les proposer et de les appliquer à tous les cas de syphilis.

La discussion est close.

VENDREDI 9 AOUT 1889. — SÉANCE DU SOIR.

Section de Dermatologie (Salle du Musée).

PRÉSIDENTS : MM. J. White, et P. Pellizzari (1).

I. — De l'érythème pernio ulcéré chez les scrofuleux,

par MM. CAZIN (de Berck) et ISCOVESCO.

Depuis fort longtemps, tous les auteurs ont été frappés de la fréquence des engelures chez les sujets dits lymphatiques et chez les malades atteints de différentes tuberculoses localisées.

Bazin considérait l'engelure comme une maladie scrofuleuse. Le professeur Hardy a signalé la fréquence des engelures chez les strumeux. L'un de nous constatait, en 1879, 160 enfants atteints d'engelures sur les 200 malades qui se trouvaient alors à l'hôpital de Berck. Le professeur Kaposi, en parlant de l'étiologie de l'érythème pernio, dit qu'il se développe sous l'influence des températures basses, mais seulement chez les prédisposés. Nous-mêmes en examinant tous les enfants qui se trouvaient à l'hôpital de Berck pendant l'hiver de 1887, nous avons trouvé 82 cas d'engelures ulcérées sur 324 enfants soignés à ce moment-là à l'hôpital.

Toutes ces considérations cliniques nous engagèrent à entreprendre des recherches sur les engelures ulcéreuses, et ce sont nos premiers résultats, que nous avons l'honneur de communiquer au Congrès.

Nous avons enlevé, chez un enfant mort de broncho-pneumonie en plein hiver, et présentant depuis plusieurs années des engelures qui se

(1) Chacun pour une moitié de la séance.

produisaient tous les ans au début de l'hiver pour durer pendant neuf mois de l'année, une portion de peau ulcérée. Sur les coupes, partout le derme était le siège d'une infiltration abondante de jeunes cellules. La couche de Malphighi contenait des cellules gonflées en dégénérescence granulo-graisseuse. Cette couche était le siège d'un processus de désagrégation cellulaire très marqué au niveau de l'ulcération. Là, l'infiltration leucocytique des papilles du derme était considérable, et la longueur de ces dernières diminuait tellement à ce niveau que leur réunion se présentait sous la forme d'une surface légèrement ondulée. Cette couche était constituée au niveau de l'ulcération par un tissu ressemblant au tissu de granulation. *Il présentait une seule particularité, c'est que par endroits on apercevait des formations particulières, beaucoup plus claires que le reste de la préparation colorée au picro-carmin*, jaunâtres, et autour desquelles les cellules se pressaient en masses serrées.

On pouvait diffficilement se défendre à cet aspect de l'idée qu'on avait devant soi des cellules géantes entourées d'une zone de jeunes cellules nucléées.

Ces formations ne se montraient pas sur toutes nos coupes. Quelques-unes seulement parmi elles présentaient cette particularité. Nous examinâmes ces dernières par la méthode d'Ehrlich. Le résultat fut absolument négatif, excepté dans un cas où il fut douteux, car il nous sembla apercevoir un bacille siégeant dans une des formations que j'ai décrites plus haut. Ceci se passait en 1887. Nous résolûmes, à la suite de ces examens microscopiques, d'essayer des inoculations sur les animaux. Mais nous étions arrivés à la fin de l'hiver. Nos engelures n'étaient pas franches, et, pour nous mettre dans de bonnes conditions expérimentales, il fallait guetter le moment où l'ulcération se produirait et pratiquer des inoculations avec les produits d'une plaie qui n'aurait pas eu le temps d'être contaminée. Nous essayâmes cependant sur un lapin dès ce moment. Après avoir recueilli avec beaucoup de soin de l'exsudat provenant d'une ulcération, nous inoculâmes les deux oreilles d'un lapin. Il se produisit, quelques jours plus tard, un nodule inflammatoire à l'endroit inoculé. Ce nodule disparut ensuite petit à petit sans que le lapin eût présenté l'apparence d'avoir été atteint dans sa santé. Plusieurs mois après, nous étions tous deux absents de Berck; ce lapin, paraissant malade, on le sacrifia et on fit son autopsie, à laquelle aucun de nous n'assista. La note qu'a laissé sur cette autopsie l'interne qui l'avait faite, était sommaire et ne disait que ces mots: « Hépatisation grise du poumon. » En somme, messieurs, comme vous le voyez, résultat à peu près négatif, par absence de renseignements suffisants. Passons.

En février 1889, nous inoculâmes quatre lapins avec l'exsudat provenant de deux enfants ayant des engelures aux pieds. Les ulcérations étaient toutes fraîches, et nous prîmes toutes les précautions pour éviter une souillure étrangère. Les inoculations furent faites dans la cavité péritonéale. Les lapins continuèrent à se porter bien. Ils engraissèrent, et l'un même de ces animaux, près duquel le surveillant avait mis pendant vingt-quatre heures un mâle, eut une portée de neuf lapereaux.

Nous avons tué ces lapins le 31 juillet, et à notre grand étonnement, nous avons trouvé les quatre animaux atteints de tuberculose mésentérique.

En outre, chez tous les quatre, le foie présentait quelques tubercules disséminés, et chez deux d'entre eux, la rate présentait aussi quelques nodules.

En revanche, chez aucun d'eux, les poumons n'étaient atteints. En outre, sur les neuf lapereaux, dont la naissance était due à un accident, l'un paraissait chétif et souffrant, nous l'avons sacrifié et nous avons trouvé une carie costale.

Nos recherches s'arrêtent là, elles sont forcément incomplètes. Nous nous proposons de les recommencer et de les compléter.

Ajoutons que les enfants dont provenait l'exsudat inoculé ont guéri spontanément, et rappelons enfin que l'érythème pernio ulcéré ne se comporte pas toujours avec la bénignité ordinaire, que ces ulcérations sont quelquefois le point de départ de tuberculoses cutanées évidentes, qu'elles se voient souvent sur les doigts dont le squelette est déjà atteint par un processus tuberculeux.

Faut-il rappeler enfin qu'il est bien difficile d'admettre une cause purement physique produisant une maladie locale à évolution indépendante de la marche ultérieure de la température. L'ulcération de l'érythème pernio ne ressemble en rien aux lésions expérimentales produites par le froid. Elle a pour ainsi dire une vitalité morbide propre, indépendante de la cause qui a semblé lui donner naissance. Nous nous imaginons difficilement une cause physique produisant une lésion qui ne lui est pas parallèle, qui n'augmente pas toujours quand elle s'exagère, et ne diminue pas quand elle-même décroît, une lésion qui ne procède pas avec la soudaineté, la brusquerie, la brutalité de la cause elle-même.

Il y a là évidemment quelque chose qui est dans la peau et non dans l'air. Nous avons cru devoir rapporter les résultats des premières recherches entreprises à la poursuite de ce quelque chose, heureux si nous réussissons à attirer l'attention des savants réunis dans ce Congrès, sur un point obscur de la pathologie cutanée.

DISCUSSION.

M. Zambaco : M. Iscovesco vient de nous faire une communication fort intéressante sur les engelures.

Je pense que les engelures sont un syndrome appartenant à plusieurs affections qui reconnaissent pour cause un trouble de la circulation capillaire, une parésie, une espèce d'asphyxie dont la cause première réside dans l'innervation. Ainsi, dans la lèpre que j'étudie avec assiduité depuis plusieurs années, il arrive assez souvent, avant même le début de l'affection et parfois après son explosion, que les extrémités deviennent violacées, comme asphyxiques, dès que la température ambiante est un peu basse, sans descendre même au-dessous de + 15 degrés. Cette paresse de la circulation capillaire est bientôt suivie d'ulcérations, de rhagades qui creusent et deviennent parfois assez étendues, notamment sur le trajet des plis palmaires normaux, de manière à atteindre 2 et 3 centimètres de longueur et quelques millimètres de profondeur, tout comme s'il s'agissait d'une coupure par instrument tranchant. Ces rhagades, consécutives aux engelures, suppurent pendant plusieurs mois et même leur durée se prolonge jusqu'à une époque avancée de la belle saison, lorsqu'il fait chaud et qu'en apparence il n'y aurait plus de raison pour qu'elles persistassent, j'en conclus que les engelures sont l'expression d'un trouble de la circulation capillaire, souvent sous l'influence d'un état tropho-névrotique, comme cela s'observe dans la lèpre.

II. — Sarcomatose cutanée généralisée pigmentaire,

par M. le professeur Schwimmer (de Budapesth).

La maladie dont il va être question existait sûrement depuis longtemps, mais n'a été reconnue comme affection spéciale par les dermatologistes, que dans ces vingt dernières années. Quoique des auteurs français classiques, comme *Ambroise Paré* et *Lorry*, aient fait mention du sarcome dans leurs écrits, il semble que cette signification pour une maladie cutanée était confondue avec d'autres maladies formant des tumeurs plus ou moins solides, bénignes ou malignes. Les descriptions d'*Alibert* et de *Bazin* sur le *Mycosis fongoïde* se rapportent à une affection, qui est sûrement en relation clinique avec les sarcomes cutanés, mais pas suffisamment cependant pour être identifiée avec cette affection. Mais si l'on regarde aussi le mycosis comme une affection tout à fait identique avec le sarcome cutané, comme le disent *Kaposi*,

Duhring, *Hyde*, *Funck* et d'autres auteurs, on n'avait pas encore promulgué dans le temps d'Alibert et de Bazin une telle identité, et les descriptions de cette maladie ne peuvent pas se rattacher au sarcome.

Il y a juste vingt ans, que *Köbner* faisait la première communication sur le sarcome cutané dans le *Vierteljahresschrift für Dermatologie*, après les études fondamentales de Virchow. Dès ce temps, des observations analogues étaient publiées de cette affection, que l'on commençait à étudier partout. Je cite seulement les cas publiés par *Kaposi*, *Vidal*, *de Amicis*, *Hyde*, *Hallopeau* et *Hardaway*. Le travail le plus approfondi sur la sarcomatose cutanée est celui de M. *Perrin* qui a fait une étude spéciale de cette maladie, en se basant sur cinquante-quatre observations diverses, dont plusieurs sont personnelles.

Le *diagnostic* clinique du sarcome cutané n'est pas toujours facile ; l'affection, qui a beaucoup de ressemblance avec d'autres maladies néoplastiques, peut être confondue avec la lèpre, le syphilome généralisé et d'autres tumeurs d'une importance tout à fait différente. Il sera donc bien nécessaire, dans un cas en question, de comparer le diagnostic clinique avec les examens histologiques pour s'assurer de la nature de l'affection cutanée.

Quoique les examens histologiques soient d'une grande importance, ils ne sont pas toujours suffisants pour le diagnostic exact. Les opinions des histologistes de profession ne sont pas toujours les mêmes et les résultats obtenus par l'examen des néoplasmes divers, y compris les sarcomes, font qu'on n'est pas encore d'accord sur les éléments primitifs qui constituent la tumeur. Même *Virchow*, qui avait un des premiers si bien étudié la nature du sarcome, met en évidence les difficultés qui existent entre le *sarcome-globo* et le *sarcome fuso-cellulaire*. *Perrin*, qui rendit beaucoup plus claire la question du sarcome, dit que « dans le sarcome primitif de la peau, il y a autant de variétés que de cas connus ».

La forme la mieux décrite par les auteurs est le sarcome de la peau, parce qu'il représente les caractères les plus uniformes et les éléments les plus simples. On y trouve régulièrement des éléments ronds, épars, isolés ou en îlots, qui se transforment en des éléments fusiformes et constituent le tissu fibrillaire. Dans d'autres cas compliqués, les éléments histologiques sont d'une variété plus grande, et par conséquent on ne se trouve pas d'accord dans les divers examens pratiqués. On comprend donc facilement que les résultats inégaux qui résultent des recherches entreprises, font que des opinions différentes existent sur l'identité ou la non identité entre les sarcomes et les formations néoplastiques un peu analogues, comme le mycosis fongoïde, la lymphadénie cutanée et

d'autres tumeurs de la peau, qui ne sont pas encore classées. Je vous renvoie à l'étude si importante de M. *E. Besnier* sur les tumeurs de la peau, paru dans les *Annales de dermatologie* de l'année 1881, dans laquelle cet éminent dermatologiste donnait la relation d'un cas obscur, qui se rattachait à des tumeurs solides et ulcérées, qui ressemblaient beaucoup à des tumeurs malignes. M. Besnier ne pouvait se résoudre à faire un diagnostic, jugeant que ni la connaissance des tumeurs jusque-là déterminées, ni les recherches histologiques les plus exactes, ne pouvaient donner des renseignements satisfaisants pour éclairer le cas observé.

Si le diagnostic des diverses tumeurs sarcomateuses offre souvent des difficultés, il faut avouer que la question de leur développement n'est guère plus claire, mais comme elle me semble très importante au point de vue pratique et scientifique, vous me permettrez de mentionner brièvement les recherches que j'ai faites en collaboration avec M. *Babes* (1). Nous avons trouvé que les éléments morbides du sarcome se développent aux dépens des *vaisseaux* préformés déjà en excès dans le tissu embryonnaire, d'où il résulte que les sarcomes sont très vasculaires. Dans d'autres cas, nous trouvâmes que la formation complète des vaisseaux était quelquefois interrompue par l'existence des cellules vasculaires, qui débordaient les vaisseaux déjà préformés, les comprimaient et donnaient naissance à des cellules nouvelles d'une grandeur différente, mais possédant le type des cellules du tissu conjonctif. Les vaisseaux jouent donc un rôle très important dans le développement des sarcomes, ils sont très minces, se déchirent facilement et par conséquent on trouve de petites hémorragies interstitielles. Une conséquence ultérieure est l'infiltration pigmentaire provenant du sang extravasé.

Je vous engage aussi à examiner quelques préparations histologiques que je vous présenterai, afin de prouver la réalité de ces recherches. D'après ces examens, il me semble très vraisemblable que chaque maladie sarcomateuse dépend d'une disposition cellulaire déjà préformée dans le tissu embryonnaire.

Laissant à part les détails histologiques, je veux encore parler des résultats de mon expérience clinique sur les sarcomes de la peau. J'ai rencontré deux types d'une marche différente, dépendant de la structure, de la consistance et de l'extension des tumeurs développées dans la peau, ce sont les *fibro-sarcomes* et les *sarcomes vasculaires*. Les premiers sont en général plus souvent observés par les dermatologistes

(1) Hautkrankheiten, t. II, p. 970 ; in *Ziemssen's Handbuch*, t. XIV. Leipzig, 1884.

que les derniers, ayant des formes solides et se trouvant surtout à la surface du corps; tandis que les derniers, d'une nature plus grave, se développent plus rarement dans la peau que dans les organes internes. Les sarcomes vasculaires échappent même comme néoplasmes cutanés à l'observation des spécialistes, car beaucoup de malades atteints d'une telle affection se soumettent souvent à l'intervention chirurgicale. Cela rend un peu difficile de faire une statistique exacte sur la fréquence des sarcomes cutanés, qui en général se trouvent plus fréquemment qu'on le croit, surtout comme sarcomes locaux, ulcérés, qui ne se répandent pas sur la peau.

Pendant ces dernières années, j'ai observé en tout *dix* cas de sarcomes cutanés, mais je n'ai pas été assez heureux pour pouvoir les observer pendant tout le temps de la maladie. Parmi ces cas, il y avait des sarcomes solitaires, des sarcomes ulcérés et des sarcomes généralisés. Les sarcomes solitaires avec des tubercules disséminés sur quelques régions avaient le même type que les sarcomes généralisés, le type qui a été décrit par M. *Kaposi* d'une façon si particulière et dont la description a été acceptée partout. *Vidal*, *Tanturri*, *Perrin* et d'autres ont rapporté de telles observations. Moi-même j'ai eu aussi occasion de traiter, pendant les deux dernières années, deux exemples des plus instructifs de sarcôme généralisé et je veux en faire une courte communication. L'un des malades représentait un cas très grave, très développé, et le porteur du sarcome généralisé, un paysan d'un âge avancé, ne voulut pas rester à l'hôpital, préférant comme il le disait « mourir chez lui ». Il me fut donc impossible de poursuivre pour un temps suffisamment long l'observation nécessaire; mais l'autre malade resta presque sept mois dans mon service; il le quitta il y a quelques semaines ; sa santé s'était un peu améliorée depuis son entrée. Voici son observation.

R. L., âgé de trente-huit ans, maître d'école dans une petite ville de la basse Hongrie, a toujours joui jusqu'à l'âge de vingt et un ans d'une bonne santé. A cet âge, il fut pris d'une fièvre typhoïde assez grave et quelques mois après s'être rétabli, d'une fièvre intermittente, qui le tourmenta pendant quelques mois. S'étant marié à l'âge de vingt-deux ans, il a eu dix enfants, dont deux sont nés dans un temps où il était déjà atteint de son affection cutanée. Ces deux enfants sont toujours bien portants et ne montrent jusqu'à présent nulle altération du tégument externe. La maladie en question commença à se développer en 1880; elle fit sa première invasion par un tubercule du volume d'un pois qui se développa sur le bord du médius de la main gauche. La petite tumeur causait de vives douleurs qui se répandaient dans toute l'étendue

de l'avant-bras. Les douleurs incessantes ne disparurent même pas après l'ablation de la petite tumeur. Quelques mois après l'apparition de la première tumeur, toute la main gauche commença à gonfler et à devenir douloureuse; de nouveaux nodules apparurent à la surface externe des autres doigts, et peu après, la main droite était aussi envahie de la même affection. Pendant sept ans, l'état des mains ne changea pas, le malade était toujours très souffrant et les douleurs durèrent sans relâche.

Les extrémités inférieures commencèrent aussi à subir un changement morbide; la peau était gonflée, les orteils épaissis, la plante des pieds augmentée de volume, les deux pieds élargis; le malade était incapable de rester debout. Il ne pouvait marcher qu'avec de grandes douleurs. L'affection se répandit lentement à la face, au tronc, aux cuisses, il souffrait toujours et les médications les plus efficaces, appliquées en vain par ses médecins, déterminèrent le malade à entrer dans mon service.

J'avais examiné le malade le 25 novembre 1888, et en vous montrant l'aquarelle (1) que je fis faire quelques jours après son entrée à l'hôpital, il me sera permis de donner des renseignements aussi concis que possible sur l'état actuel et la marche de la maladie.

État actuel. Le malade a une taille forte et grande, une bonne nutrition et une musculature assez bonne. Les bras semblent un peu amincis, tandis que les cuisses et les jambes sont bien développées. La tête est bien formée et le malade donne l'impression d'un homme intelligent, qui nous fait un récit exact de sa maladie. La peau de la face, de la poitrine, des mains et des pieds présente une teinte un peu foncée et montre en grande partie des pigmentations lisses et élevées.

Les premières appartiennent à des taches qui sont en partie ovalaires, en partie irrégulières; les dernières, à des tubercules d'un volume différent. Sur le front, on trouve huit à dix nodules du volume d'un grain de millet à celui d'un pois.

Les paupières de chaque côté sont gonflées, surtout celle de l'œil gauche, dont la paupière supérieure montre deux gros tubercules noirâtres, ne permettant au malade ni de la lever ni d'ouvrir l'œil.

Une de ces tumeurs au bord de la paupière supérieure gauche est en voie d'ulcération, l'autre est encore ferme; les yeux même ne sont pas altérés.

Les oreilles sont fortement infiltrées, pigmentées et parsemées par de

(1) Cette aquarelle sera publiée dans la deuxième livraison de l'*Atlas international des maladies rares de la peau.*

petits nodules. Le tronc et l'abdomen sont moins pigmentés, mais, on trouve des tumeurs sans ordre et sans symétrie sur toute la surface du corps. Le plus grand nombre d'entre elles sont sous-cutanées et, en tâtant les téguments, on peut les trouver dans le tissu cellulaire. Quelques-unes sont marquées par des taches d'un noir foncé.

Les bras et les avant-bras sont également couverts de tumeurs d'une grandeur différente et d'une consistance dure, en partie développées dans le tissu sous-cutané. Ces tumeurs sont isolées, mais dans la direction du nerf cubital des deux côtés on peut suivre des masses agglomérées dans une étendue de quelques centimètres. Les doigts des deux mains sont aplatis à leurs extrémités, l'indicateur est gonflé, le médius et l'annulaire sont déformés, leurs phalanges semblent atrophiées, la peau est amincie et d'une coloration violacée.

Les cuisses montrent des tumeurs du volume d'une cerise; sur les fesses, il y en a du volume d'une noisette; les jambes sont parsemées de plaques nodulaires de dimensions variables plus ou moins confluentes, formant une infiltration linéaire de tubercules. Les pieds sont intéressés de la même façon que les mains; la plante des pieds, les orteils et les autres doigts très épaissis, montrent des boutons un peu saillants, la peau est gonflée, et dans toute son étendue violacée et noirâtre. Les tubercules sur toute la surface du corps sont en général élastiques, quelques-uns durs; leur coloration est presque également brunâtre et violacée. Le prépuce a quelques taches noires, le gland est exempt de taches et de boutons. Les ganglions du coude droit sont hypertrophiés, de même les glandes lymphatiques des cuisses qui atteignent le volume d'une noisette. La cavité de la bouche est normale, la langue aussi, les gencives sont tuméfiées.

Les organes internes ne montrent pas de maladie. L'appétit est faible, l'urine normale, l'état du malade un peu fébricitant. Il se plaint seulement de vives douleurs qui le tourmentent jour et nuit et l'empêchent de dormir tranquillement, quelquefois il est pris de crises névralgiques.

Tel était l'état du malade à son entrée à l'hôpital, et j'avoue qu'à première vue j'avais l'impression de voir un homme atteint de la lèpre. Les autres maladies de la peau qui pouvaient être confondues avec celle-là, comme les syphilomes généralisés, la lymphadénie cutanée, le mycosis fungoides, le molluscum fibrosum, montraient moins de points d'appui pour un diagnostic différentiel que la lèpre, surtout à l'égard des phénomènes subjectifs.

Leloir, qui s'est étendu dans son admirable *Traité sur la Lèpre* (1), très

(1) *Traité sur la Lèpre*, chapitre « Diagnostic », p. 260. Paris, Delahaye, 1886.

explicitement sur le diagnostic de cette affection, cite une foule d'exemples de médecins vivant dans les pays où la lèpre est endémique, qui n'ont pu faire un diagnostic exact dans des cas qui n'étaient pas typiques; *Leloir* insiste surtout sur le diagnostic différentiel entre la lèpre et le sarcome mélanique, qui présente dans certains cas une grande analogie objective avec cette affection. Pour assurer le diagnostic, j'enlevai une tumeur pour l'examiner avec le prosecteur de l'hôpital, M. Pertick, et l'examen histologique montra à l'évidence qu'il s'agissait d'un cas de sarcome généralisé, et j'aurai l'honneur de démontrer à ceux qui s'y intéressent les préparations microscopiques des tubercules enlevés. Elles se rapportent à un sarcome à cellules fusiformes de la peau et du tissu sous-cutané.

Pour finir l'observation de ce cas rare, j'ai encore à ajouter quelques mots. — Sachant qu'on a parfois préconisé l'administration de l'arsenic contre cette maladie, j'eus aussi recours à cet agent thérapeutique, après avoir essayé de calmer les douleurs incessantes par des médications diverses. Après des tentations les plus différentes avec une série de médicaments narcotiques, toxiques et antinévralgiques, je trouvai que la *phénacétine* jouissait d'une véritable efficacité. Le malade passait de bonnes nuits et de meilleurs journées après une dose journalière de 2-3 grammes, quelquefois en combinaison avec une petite quantité (0.005-0.01) d'acétate de morphine.

Contre la sarcomatose, je faisais des injections sous-cutanées avec une solution de liqueur de Fowler diluée par l'eau distillée (1 : 1). Je commençai avec quatre gouttes par jour et j'élevai, chaque quatrième jour, la dose jusqu'à l'application de toute une seringue de Pravaz. Le malade supportait très bien cette médication et j'administrai en quatre mois 6 *grammes* d'acide arsénieux. Après un séjour de sept mois à l'hôpital et après avoir senti une petite amélioration, le malade quitta l'hôpital le 1er juillet 1889.

Le seul changement objectif que je pus constater était la rémission des douleurs atroces, et le malade pouvait déjà rester sans phénacétine pour se trouver passablement, tandis que dans les premiers mois du traitement, ce médicament lui était indispensable. Quant à l'évolution des tumeurs par la médication arsenicale, il me semblait que les gommes nouvelles faisaient une marche rétrograde, mais les vieilles ne changeaient pas du tout.

Examen histologique. — La tumeur enlevée à la paupière gauche a le volume d'un pois; elle est fort vascularisée, d'un rouge bleuâtre. Sa surface de coupe est unie, assez succulente, ne présente point l'aspect glandulaire, mais bien celui du tissu conjonctif.

Après le durcissement dans l'alcool, les coupes sont colorées par l'hématoxyline, puis placées dans le picrocarminate de Ranvier, fort dilué. Par ce procédé, on arrive à une coloration double très nette. Les préparations sont alors montées dans la glycérine ou bien, après déshydration, dans le baume de Damar.

Sous un faible grossissement, on voit un tissu formé par des cellules fusiformes unies entre elles par une substance fondamentale (ou intercellulaire) assez solide, mais peu abondante et amorphe, colorée légèrement par le picrocarminate, tandis que les noyaux *des cellules oblongues* sont colorés par l'hématoxyline.

Il s'agit donc d'un tissu qui est caractérisé par la présence d'un tissu fondamental ou intercellulaire, par la prépondérance du nombre des cellules fusiformes et par l'arrangement de ces cellules les unes par rapport aux autres. Elles sont disposées les unes à côté des autres et ne sont séparées que par la substance intercellulaire déjà mentionnée plus haut.

Toutes ces propriétés dénotent clairement la structure du *sarcome;* tandis que la forme et le nombre des cellules nous indique l'espèce de *sarcome fuso-cellulaire* ou *sarcome fasciculé* désigné par *Lebert*, sous le nom de *tumeur à cellules fibro-plastiques.*

Toute la substance du derme, des papilles et une partie du tissu conjonctif sous-cutané sont enlevés par le tissu de la tumeur, *qui a ainsi pour matrice le derme lui-même.* Au-dessus des papilles sarcomateuses et agrandies, l'épiderme montre en certains endroits une dégénération bulleuse et la couche de Malpighi quelquefois une légère ectasie des lymphatiques.

Quant aux détails, il convient de mentionner d'abord :

a) *Le grand nombre des vaisseaux sanguins;* on trouve surtout des veines capillaires, des capillaires et rarement des vaisseaux plus volumineux. Il est caractéristique qu'ils se trouvent en rapport direct avec les cellules fusiformes, c'est-à-dire qu'une paroi propre, ainsi que ce tissu conjonctif désigné sous le nom de l'*adventice*, leur manque.

Cette riche vascularisation explique aussi *les hémorragies* soit récentes, soit plus anciennes, que nous trouvons sur nos coupes; dans le premier cas, on voit des globules rouges assez bien conservés, dans le second, ces granulations pigmentaires jaunes, rouges et brunes qui proviennent de la matière colorante du sang et donnent en effet la réaction du fer.

b) Quant aux *cellules* de la tumeur, elles sont disposées *en forme de faisceaux* qui s'entrecroisent en des directions diverses, de sorte qu'on rencontre leur coupe longitudinale ou transversale, ce qui donne, dans

le dernier cas, l'illusion de cellules plus ou moins rondes. Quelquefois, ce sont les cellules mêmes qui contiennent les granulations pigmentaires déjà mentionnées.

DISCUSSION.

M. Kaposi : Depuis la description que j'en ai donnée, on fait le diagnostic de cette forme de sarcomatose cutanée, à savoir : *Sarcome idiopathique multiple pigmentaire*. Il y a au moins à cela un avantage, c'est qu'on nous évite les noms nouveaux consacrés à une prétendue maladie nouvelle.

Il y aurait lieu d'insister sur la difficulté du diagnostic différentiel de la sarcomatose cutanée et de certaines maladies, la lèpre par exemple ; mais je veux de préférence appeler votre attention sur d'autres points.

En premier lieu sur le début de la maladie par les mains et les pieds; dans un cas que j'ai observé, il y avait aux deux pieds des plaques plantaires qui rappelaient beaucoup le psoriasis syphilitique pigmentaire, mais qui correspondaient à l'existence d'une masse globuleuse dans la profondeur.

En second lieu, je veux insister sur l'influence du traitement arsenical. M. Schwimmer a cité Kœbner qui a préconisé l'arsenic; mais précisément, dans le premier de ses cas où il s'agissait d'un cas analogue à celui de M. Schwimmer, l'action du médicament a été peu marquée, et moi-même j'ai administré l'arsenic dans cette forme de sarcomatose, dans plusieurs cas, mais toujours sans succès, tandis que dans d'autres formes Kœbner a obtenu de bons résultats.

Enfin, on ne sait pas assez que les tumeurs sarcomateuses peuvent subir une véritable évolution. Elles peuvent disparaître au centre et laisser une cicatrice. Cette disparition suivie de cicatrice ne doit donc pas donner le change et faire rejeter l'idée du sarcome cutané.

M. Vidal : Voici des pièces de notre musée qui correspondent à des observations rapportées, du reste, dans la thèse de Perrin. La première (*Coll. gén.*, nº 470) est très comparable au fait relaté par M. Schwimmer. Dans la seconde (*Coll. gén.*, nᵒˢ 262, 273, 276, 440), le début s'est fait par des petits points noirs enchâssés dans la peau, semblables à ceux que l'on constate professionnellement chez les forgerons. Plus tard, ces tumeurs se sont accrues, elles se sont multipliées. Toutefois la plupart d'entre elles ont disparu à un moment donné, en laissant une cicatrice, en subissant l'évolution sur laquelle vient d'insister

M. Kaposi. Il ne restait que les tumeurs sarcomateuses de la verge. Toutes les autres productions sarcomateuses avaient disparu. Chose curieuse, les tumeurs du pénis se sont transformées en épithéliomas, et cette transformation a été constatée histologiquement.

M. Pringle (Londres) : Je demande la parole simplement afin de vous présenter des dessins et des pièces microscopiques de deux cas semblables à ceux que vient de nous décrire M. le professeur Schwimmer, qui se sont présentés à ma clinique, au Middlesex Hospital de Londres, pendant l'année passée.

Je me bornerai à une courte description des particularités cliniques qu'ils présentent, qui me semblent dignes de votre attention, et à une démonstration des pièces microscopiques. Voici deux aquarelles qui représentent dans la perfection mon premier cas, lorsqu'il s'est présenté pour la première fois, au mois d'août 1888. Il s'agit d'un Juif polonais, âgé de quarante-quatre ans, dans un état de misère vraiment pitoyable. La maladie datait de six ans auparavant, quand il a commencé de souffrir de gonflement (œdème?) des mains et des pieds après le travail ou la marche. Les lésions avaient débuté sur les plantes des pieds et sur les avant-bras et les surfaces dorsales des mains. Comme vous voyez, elles furent représentés par (1) des tumeurs en plateaux, irrégulières, mamelonnées, très vasculaires, presque érectiles, (2) par des nodosités d'infiltration plus petites, (3) par des taches pigmentaires, polychromes et (4) par des petites tumeurs multiples, *sous-cutanées*, appréciables seulement au toucher (donc pas indiquées dans les dessins), plus abondantes sur les cuisses et les avant-bras, lesquelles étaient évidemment les premières manifestations de la maladie, qui s'étendaient de la profondeur à la surface de la peau pour y bourgeonner. Il existait sur les cuisses et sur le pénis quelques rares plaques semblables à celles situées sur les pieds et les avant-bras. Le seul symptôme subjectif fut la cuisson à un degré tel que le malade ne supportait aucune application locale, essayant toujours d'immerger les parties malades dans de l'eau froide. Il y avait du gonflement et de l'endurcissement général des ganglions lymphatiques superficiels, sensibles, mais peu marqués. L'examen du sang et des organes abdominaux et thoraciques ne décelait rien d'anormal. A cause de ses habitudes sales et insupportables, il fut malheureusement nécessaire de le renvoyer de l'hôpital au bout de six semaines, sans changement appréciable dans son état.

Je l'ai encore fait rentrer à l'hôpital pendant quinze jours au mois de juin de cette année. Sa santé générale commence à en être atteinte, et

des changements remarquables se sont produits dans l'état morbide de sa peau. Il n'y a guère plus de petites tumeurs sous-cutanées; plusieurs plaques sont disparues, ou sont représentées par des taches pigmentaires; les parties dorsales des mains, autrefois siège des manifestations les plus avancées de sa maladie, sont maintenant pâles, tendues, dures, sclérosées, tandis que les surfaces palmaires sont gonflées, œdémateuses, infiltrées de néoplasmes et parsemées de grosses télangiectasies innombrables. Nulle part il n'y a d'ulcération, mais des piqûres à plusieurs endroits font suinter à la surface, non pas du sang, mais du sérum. Les pieds avaient changé d'apparence d'une manière analogue.

D'emblée, je lui ai ordonné des doses assez fortes d'arsenic, mais ne puis affirmer qu'il en a pris beaucoup; le contraire me semble plus que probable; c'était un individu absolument impossible!

Les coupes microscopiques d'un gros nodule, prises lors de son premier séjour à l'hôpital, montraient un sarcome des parties inférieures du derme, lequel atteint son maximum, et à un degré vraiment remarquable, autour des glandes sudoripares, dont quelques-unes sont complètement détruites à plusieurs endroits. De rares bacilles se trouvent dans les coupes, sans rapport bien appréciable avec un tissu spécial, mais quelques-uns siègent dans les capillaires.

Bientôt après, au mois de novembre 1888, se présentait mon deuxième cas.

C'était une femme anglaise, âgée de trente-neuf ans, malade seulement depuis *deux ans;* le premier symptôme avait été une sensation continuelle de cuisson dans les pieds, lequel n'avait duré que très peu de temps avant que les ongles ne tombassent spontanément. (La malade soutenait que les ongles se sont reproduits et détachés six fois depuis.) Bientôt après, des taches et des nodosités avaient paru sur les surfaces plantaires et sur divers points de la surface dorsale des pieds aussi bien que sur les jambes. Elle avait continué à faire ses travaux de ménage, et la plus grande plaque, située sur la surface plantaire gauche, s'était ulcérée; c'est pourquoi elle est venue me consulter. Il suffit de dire ici que les lésions étaient évidemment les mêmes que celles du premier cas, mais à une période bien moins avancée, et qu'il y en avait à peu près une quinzaine de chaque côté. Elles montraient aussi la même tendance régressive, mais je n'ai pas pu constater la présence de tumeurs sous-cutanées. Les ongles étaient absents et leur siège indiqué par des plaques squameuses. Aux membres supérieurs, aucune trace de lésions semblables, mais l'ongle du pouce droit était épaissi, opaque et certainement malade.

Au bout de dix semaines, pendant lesquelles la malade prit des doses considérables de liqueur de Fowler (jusqu'à soixante gouttes par jour), elle est sortie de l'hôpital, l'ulcération cicatrisée et toutes les plaques en voie de disparition, de résorption. Il faut pourtant dire que depuis lors la maladie a récidivé, et maintenant il existe une ulcération étendue sur la plante du pied droit et quelques autres manifestations nouvelles, malgré la continuation du traitement arsenical.

Les coupes microscopiques, faites d'après une méthode beaucoup plus récente et plus satisfaisante que dans l'autre cas, montrent une sarcomatose du derme, marquée surtout autour des glandes sudoripares, mais aussi une infiltration de cellules inflammatoires dans les couches supérieures du derme. Les masses sarcomateuses, les glandes sudoripares et leurs conduits excrétoires contiennent des masses de bacilles, lesquelles; sont très abondantes.

Je finis, messieurs, par un aveu, peut-être une indiscrétion! C'est que le diagnostic de ces deux cas n'a été fait que depuis mon arrivée à Paris. D'abord je les ai pris pour des formes du mycosis fongoïde, du type néoplasique, dont les phases érythémateuses et eczémateuses avaient passé inaperçues.

Après que les membres de la Société de dermatologie de Londres eurent refusé d'accepter cette interprétation et que je pensais observer au microscope du tissu granulomateux (plutôt que sarcomateux) et des bacilles, il faut vous avouer que j'ai presque imaginé avoir fait la découverte d'une maladie nouvelle, — une maladie à moi! C'est grâce à M. le professeur Schwimmer, qui a reconnu mes aquarelles d'emblée, à M. Darier, qui m'a persuadé de la nature sarcomateuse des néoplasmes, et à M. Perrin, qui a eu la bonté de diriger mon attention vers son admirable monographie sur ce sujet, que j'ai pu reconnaître la vraie nature de ces cas. Quant aux microbes, il faut se remettre à leur étude !

III. Sur une lymphodermie scarlatiniforme, début probable d'un mycosis fongoïde atypique,

par M. H. Hallopeau.

Le malade qui fait l'objet de cette communication est déjà connu en dehors de nos murs. M. Unna l'a signalé comme particulièrement curieux et digne d'intérêt dans ses Lettres de Paris; la description qu'il

en a donnée a conduit M. Róna à le considérer comme un cas de lichen ruber.

Telle avait été également notre première impression et, dans une leçon clinique faite en avril 1887, nous l'avions désigné sous le nom de *lichen miliaire scarlatiniforme*. Nous avions été conduit, depuis lors, par l'étude des manifestations cutanées, à modifier cette dénomination, mais néanmoins le fait restait à l'état d'énigme, malgré une première biopsie pratiquée en 1887, quand, tout récemment, un nouvel examen anatomo-pathologique fait par M. Wickham est venu jeter un jour tout nouveau sur la nature de la maladie en même temps que la dermatite évoluait et se caractérisait de plus en plus; nous avions dès lors les éléments nécessaires pour approcher d'une solution.

L'histoire du malade peut être résumée ainsi qu'il suit :

Eugène S...., âgé de quarante-sept ans, maçon, de taille moyenne, bien musclé, entre dans notre service le 6 janvier 1887.

Il a présenté, comme antécédents pathologiques, il y a six ans, une fièvre typhoïde, et il y a deux ans, une ulcération dont on voit la cicatrice sur le fourreau de la verge; elle ne paraît avoir été suivie d'aucune manifestation spécifique.

La maladie actuelle a commencé, sans cause connue, en septembre 1886, par de vives démangeaisons dans la région des reins; en novembre, S... a remarqué que les parties latérales de son ventre et de sa poitrine devenaient rouges, et bientôt cette coloration se prononçait davantage et s'étendait à tout le corps ainsi que le prurit. Les ganglions des aines et des aisselles, de tout temps assez gros, augmentaient notablement de volume et le malade maigrissait sensiblement. Au moment de son entrée, il présente une coloration rouge intense de presque toute la surface du corps ; ses téguments offrent un aspect qui rappelle, à s'y méprendre, celui de la scarlatine : c'est la même rougeur framboisée, presque vineuse, disparaissant momentanément sous la pression des doigts. En avant, la teinte est uniforme et continue, depuis la région des mamelons jusqu'aux plis inguinaux. Au-dessous des clavicules, sa confluence est moindre; elle se présente sous forme de taches que séparent des parties non colorées : il en résulte un aspect marbré. Sur les parties latérales du thorax et dans le dos, on voit la même rougeur scarlatineuse, uniforme et continue, si ce n'est vers le haut des épaules où, comme en avant, elle devient moins confluente.

A la tête, tout le cuir chevelu, presque entièrement chauve dans la plus grande partie de son étendue, offre de même une coloration rouge uniforme ; son intensité y est moindre qu'au tronc. Elle existe également sur les téguments de la face et des oreilles.

La rougeur uniforme occupe aussi les bras ; elle cesse au niveau des coudes, sur une surface grande comme la paume de la main ; dans la zone intermédiaire, on voit des taches érythémateuses très légèrement saillantes. A l'avant-bras, la rougeur est disposée en plaques plus ou moins étendues ; des intervalles de peau saine les séparent.

Sur la face dorsale des poignets et des mains, la rougeur se présente également sous forme de taches qui, à l'inspection, semblent faire une légère saillie, bien que, par le toucher, elles ne donnent pas la sensation d'un relief appréciable ; on voit les mêmes taches sur la face dorsale des premières phalanges ; la plupart ont un poil à leur centre. Aux membres inférieurs, la rougeur occupe les cuisses d'une manière uniforme dans toute leur étendue ; elle cesse d'être continue au niveau des genoux ; à leur partie antérieure, elle est disposée en taches qui semblent légèrement saillantes ; dans le creux poplité, on trouve soit les mêmes taches, soit des stries transversales.

Aux mollets, même rougeur uniforme presque discontinue. Sur la face dorsale des pieds, l'éruption est moins confluente ; ici encore elle est constituée par des taches d'un rouge sombre, s'effaçant sous le doigt et paraissant en partie faire une légère saillie ; on la retrouve au niveau de la face dorsale de la première phalange des orteils, mais non plus loin ; elle n'est pas appréciable à la plante des pieds.

Sur le gland, on voit de très légères saillies érythémateuses disparaissant sous le doigt, du volume d'un grain de millet.

La peau du tronc paraît légèrement épaissie ; ses plis sont plus marqués qu'à l'état normal ; les surfaces rouges y forment un relief très peu prononcé, appréciable à la vue seulement, au-dessus des rares parties qui sont restées indemnes.

Les ongles présentent, dans leur partie médiane, une série de dépressions et de saillies transversales.

La desquamation est pour ainsi dire nulle ; on voit seulement quelques légers furfurs au niveau des parties antérieures des conques et sur quelques points de la voûte crânienne.

Les ganglions lymphatiques accessibles à l'exploration directe sont très augmentés de volume ; ils forment des masses considérables que l'on perçoit surtout dans les aisselles où l'on peut les suivre jusqu'au voisinage des mamelons et dans les régions inguinales où elles occupent aussi bien le sommet que la base des triangles ; ils sont moins gros, mais encore beaucoup plus prononcés qu'à l'état normal, au niveau du cou ; on en trouve également de très volumineux dans les espaces intercostaux.

Il existe du prurit dans toutes les parties rouges ; il s'exaspère par

instants et devient alors d'une grande intensité ; le malade se gratte avec frénésie, et cependant, fait remarquable, malgré la facilité avec laquelle saignent ses téguments congestionnés, jamais il ne survient de prurigo.

Il n'y a pas de signes de lésions viscérales ; les muqueuses ne semblent pas intéressées ; celle de la bouche présente, il est vrai, en arrière des commissures labiales, des plaques leucoplasiques, mais elles ne diffèrent pas de celles que l'on observe vulgairement chez les fumeurs. Le malade est sujet à des diarrhées fréquentes ; seraient-elles dues à des poussées du côté de la muqueuse intestinale ? Rien ne permet de l'affirmer.

Comme traitement, nous avons employé, à l'extérieur, les pommades au sublimé, phéniquée, tartrique, salicylée, boriquée et au naphtol, ainsi que l'huile de foie de morue, les bains au sublimé, alcalins et amidonnés ; à l'intérieur, l'arsenic et l'iodure de potassium.

Néanmoins, tous les symptômes que nous avons notés, il y a près de trois ans, nous les observons aujourd'hui avec peu de différences. L'intensité de la coloration a plusieurs fois varié ; elle a augmenté ou diminué d'un jour à l'autre, mais ces variations n'ont jamais été que passagères. Les saillies papuleuses ont été plus ou moins apparentes, de nouvelles se sont produites, d'autres se sont effacées ; mais elles ont jusqu'à ces derniers temps présenté les même caractères que précédemment et sont restées assez peu prononcées pour que l'on puisse, à la rigueur, en contester l'existence. Ce n'est que tout récemment que se sont développés de nouveaux éléments bien caractérisés. Les notes qui ont été prises jusque-là retracent la même description : nous en extrairons seulement celles qui sont relatives à quelques incidents dont plusieurs ne sont pas sans importance.

Au mois de juin 1887, survient un *zona* qui occupe la partie antéro-interne de la cuisse droite et la région lombo-fessière correspondante ; d'assez nombreuses vésicules laissent après elles, sans doute à cause du terrain défavorable qu'offrent les téguments, des ulcérations dont on voit encore actuellement les cicatrices déprimées : elles tranchent par leur blancheur sur la coloration rouge des parties qui les entourent.

A diverses reprises, il s'est produit, toujours sous l'influence de topiques irritants, de légères *desquamations furfuracées ;* jamais elles n'ont duré ; elles ont toujours cessé avec la cause qui les provoquait. Le grattage a donné lieu souvent à des excoriations que recouvraient des croûtelles peu épaisses ; plusieurs fois aussi, il a produit des *vésicules* ou *des phlyctènes ;* dans ces temps derniers encore, le malade en portait au-devant des cuisses, sur les bras, et dans le dos ; leur volume atteignait

celui d'une pièce de 50 centimes; elles renfermaient une sérosité sanguinolente qui leur donnait une coloration noirâtre.

Depuis le milieu de juin, le grattage a provoqué, à plusieurs reprises, des ecchymoses; elles sont généralement disposées en traînées et répondent à la ligne tracée par l'ongle; il est facile de les produire artificiellement; elles représentent la traînée rouge que détermine normalement l'excitation locale des vasomoteurs. Elles dénotent une perméabilité anormale des parois capillaires, une diminution de la résistance qu'elles opposent normalement au passage des globules rouges. C'est sans doute là l'indice d'un trouble grave de la nutrition.

Le 8 mai, nous constatons, à la face antéro-interne de la cuisse droite, l'existence d'une *plaque saillante et indurée;* elle s'étend depuis le tiers supérieur de la cuisse jusqu'à 5 centimètres au-dessus du genou sur une largeur de 5 centimètres; elle paraît due à l'infiltration du derme et du tissu cellulaire sous-jacent; elle est douloureuse à la pression; le malade assure qu'elle a été provoquée par le grattage; elle n'a qu'une courte durée, car, dès le 21 mai, nous en notons la disparition.

Le 7 juin, une plaque analogue se produit à la cuisse gauche, au-dessus du pli de l'aine : allongée transversalement, elle mesure 5 centimètres sur 3; elle est mobile sur les parties profondes; la coloration de la peau est plus intense à son niveau; cette fois encore, cet empâtement disparaît spontanément au bout de peu de jours. Dans ces derniers temps, nous avons vu survenir un certain nombre de petites nodosités disséminées. Le 10 juin, nous constatons qu'il s'en est développé quatre à la partie antéro-supérieure de la cuisse droite, du volume d'une lentille et formant une saillie d'environ 1/2 millimètre; elles sont dures, d'une coloration vineuse et excoriées à leur surface; à leur voisinage, au-dessus du genou, et dans le dos, au-dessous de l'épaule gauche, on voit des éléments analogues; plusieurs sont plus petits et non colorés; ils sont d'une consistance dure. Le malade affirme que ces saillies se sont produites à la suite d'excoriations résultant du grattage; nous n'avons à cet égard aucune certitude; mais on peut invoquer, à l'appui de cette assertion, le fait que la cicatrice consécutive à une biopsie est devenue saillante. On voit plusieurs petits nodules semblables au-devant de l'épaule droite et sur la partie antérieure du thorax. Ajoutons enfin que S... porte depuis longtemps une petite tumeur sous-cutanée au-devant de l'apophyse zygomatique droite et une autre semblable derrière l'épaule droite.

L'examen de l'urine n'y révèle rien d'anormal. Celui du sang montre que le nombre des globules blanc n'est pas sensiblement augmenté. Le foie et la rate sont un peu augmentés de volume.

L'usage des bains prolongés chaque jour pendant deux, trois ou quatre heures, paraît amener une amélioration; à plusieurs reprises, nous trouvons les téguments notablement moins rouges. Néanmoins la maladie continue à progresser, et le 25 juillet nous constatons un *fait nouveau* d'une importance capitale. En examinant le scrotum de notre malade, nous y trouvons de *nombreuses saillies anormales* dont le volume varie entre celui d'un grain de millet et celui d'une grosse lentille, et même d'un petit haricot. Elles avaient déjà été signalées l'année précédente, mais elles se sont développées et constituent maintenant de véritables papules ; elles se détachent très nettement des parties voisines ; elles sont nettement appréciables au toucher, bien que leur consistance soit très molle. Ce dernier caractère les différencie complètement des papules de lichen. Leur forme est le plus souvent lenticulaire.

Pour la première fois, nous nous trouvons en présence de saillies dont la nature papuleuse ne peut être contestée et qui ont un caractère out particulier. Nous verrons bientôt quel en est l'intérêt au point de vue du diagnostic.

Jusqu'à ce moment, il était resté incertain.

Quelle était la nature de la maladie? Pouvait-on la rattacher à un type connu? Devait-on au contraire en faire une dermatite non encore décrite? Et dans ce cas quelle dénomination convenait-il de lui appliquer? Telles sont les questions que nous cherchions à résoudre.

Comme nous l'avons indiqué déjà, nous avons cru en premier lieu à une forme anormale de *lichen ruber;* les petites saillies papuleuses, dont nous avons à plusieurs reprises noté la présence dans quelques régions d'ailleurs très circonscrites, nous avaient fait accepter cette manière de voir, et c'est pour cette raison que nous avions primitivement adopté la dénomination de *lichen miliaire scarlatiniforme.* Il s'agissait donc, suivant nous, d'une forme anormale de lichen et nous avons vu que M. Rôna, d'après la description que M. Unna a donné du cas dans ses Lettres de Paris, a cru pouvoir adopter ce diagnostic ; nous y avons pour notre part complètement renoncé en raison des faits suivants :

Les saillies papuleuses n'ont longtemps existé qu'aux poignets, à l'ombilic, au scrotum, aux genoux et sur les pieds ; rien ne pouvait faire croire que les plaques du tronc de la tête et des membres fussent dues à la confluence d'éléments semblables ; on ne voyait pas sur leurs limites apparence de papules ; elles étaient remarquablement homogènes et continues.

Les saillies étaient d'autre part fort peu accentuées, elles n'étaient guère appréciables qu'à la vue. On ne les retrouvait pas en passant,

les yeux fermés, le doigt sur les téguments ; elles n'étaient pas plus consistantes que les parties saines et, si l'on venait à distendre la peau qui les entourait, elles s'effaçaient complètement ; elles pâlissaient d'ailleurs sous la pression du doigt.

D'autre part, on n'observe pas dans le lichen une tuméfaction aussi notable des ganglions. Étant donné le polymorphisme d'un grand nombre de dermatites, nous ne croyons pas qu'il faille appeler *lichen* toute affection dans laquelle on constate la présence de papules ; et nous renonçons *a fortiori* à cette dénomination quand ces éléments ne constituent qu'une faible partie de l'éruption et ne sont pas caractéristiques. Il en est ainsi chez notre malade.

L'absence de desquamation éloignait, d'autre part, l'idée d'un *pityriasis rubra*. Les *érythèmes* sont passagers ; les adénopathies indiquaient d'ailleurs qu'il ne s'agissait pas d'une affection purement congestive.

Restait l'hypothèse d'un *mycosis fongoides* à sa première phase : mais, dans aucun des faits publiés sous ce nom, nous ne trouvons notées ces plaques scarlatiniformes occupant sans interruption toute la surface du tronc et, d'autre part, les lésions eczémateuses et les saillies lichénoïdes, dures au toucher, faisaient défaut.

Nous nous trouvions ainsi conduit à considérer notre fait comme appartenant à un type non décrit que nous proposions de dénommer, d'après ses caractères cliniques, *érythrodermie chronique scarlatiniforme,* quand, d'une part, les résultats de nouvelles biopsies, et, de l'autre, le développement au scrotum des papules indiquées précédemment, sont venues apporter de nouveaux éléments au diagnostic.

Une première biopsie, pratiquée en 1887 par M. Darier, avait permis de conclure, avec des réserves sur la nature de l'affection, à une dermite proliférative localisée surtout à la région sous-papillaire.

On voyait, en effet, dans la couche supérieure du chorion, une nappe non discontinue d'éléments embryonnaires dont les noyaux, fortement colorés, dessinaient une bande à bord supérieur assez régulier, à bord inférieur largement festonné ; les pointes de ces festons, qui se prolongeaient dans les couches plus profondes du derme, accompagnaient les vaisseaux.

Quant à la trame même du chorion, elle n'offrait aucune altération ; les faisceaux conjonctifs étaient écartés par les cellules multipliées ; le réseau élastique était normal. L'endothélium des capillaires paraissait gonflé. Sur presque toutes les coupes, on trouvait en outre, dans le corps muqueux, un ou deux amas sphériques de petites cellules rondes. L'hypothèse la plus plausible paraissait être celle qui les considérait comme formés de cellules migratrices, comme de petits abcès in-

tra-épidermiques. Les papilles étaient alors normalement disposées.

Les nouvelles biopsies, pratiquées récemment par M. L. Wickham sur trois fragments enlevés successivement en des points éloignés du dos et à la hanche, ont montré que, depuis lors, les lésions ont singulièrement progressé : leur description histologique peut être résumée ainsi qu'il suit.

« C'est dans le *derme* qu'on trouve les principales lésions. La couche supérieure du derme ou corps papillaire est séparée du chorion proprement dit par un *tissu de nouvelle formation*, offrant près de 1 millimètre d'épaisseur, visible à l'œil nu. Celui-ci ne semble, à première vue, composé que de cellules lymphoïdes, mais un examen plus attentif y dénote l'existence d'un *réticulum* délié des plus nets. C'est un *tissu conjonctif réticulé*, un *tissu adénoïde*.

Le chorion situé au-dessous est normal, mais le corps papillaire est profondément modifié. *Les papilles* ont presque *totalement disparu* et, à leur niveau, il existe une *zone scléreuse* formée d'épaisses travées conjonctives d'aspect homogène au milieu desquelles est un *riche réseau de capillaires extrêmement dilatés*. Elle est beaucoup moins colorée que les parties sous-jacentes et peut être désignée sous le nom de *zone claire*.

L'*épiderme* présente à sa base une *régularité* particulière, qui correspond à l'absence de papilles. Les *cellules de Malpighi* sont parfaitement *saines* — mais entre elles, on trouve par places, comme en 1887, des *amas de cellules migratrices* très distinctes qui se sont creusées, dans le corps muqueux, de véritables loges.

Telles sont, à grands traits, les principales lésions dans leur ensemble. En voici les détails :

Nous avons pu obtenir de notre malade, par biopsie, trois fragments de peau pris en des régions assez éloignées, au dos et à la hanche, et ces trois fragments nous ont chacun donné les mêmes résultats. Les lésions sont donc vraisemblablement diffuses et généralisées à tout le revêtement cutané, selon le type que nous allons décrire.

Sur les coupes, la néoplasie intradermique se présente comme un *large ruban* très nettement limité, en haut par la zone claire, en bas par le chorion proprement dit. Les cellules qui la composent sont identiques à des cellules lymphatiques. Elles ont une forme arrondie et possèdent un noyau rond volumineux qui occupe presque la totalité de leur masse. Leurs noyaux ont un bord net ; leur centre est granuleux et présente un ou deux nucléoles.

Des coupes d'un fragment fixé à l'alcool au 1/3, traitées au pinceau, ont montré que ces cellules étaient comprises dans les *mailles* d'un *réticulum très délicat*. Les fibrilles qui le constituent sont fines et nettement

anastomosées. On constate, sur les coupes mal dépouillées, des *cellules endothéliales plates* dont le noyau est souvent seul apparent.

Les fibrilles paraissent naître des travées conjonctives de la zone claire et du chorion et semblent être une émanation de ces dernières. Près des capillaires, elles viennent adhérer aux parois; les unes leur sont perpendiculaires et semblent s'y fixer directement; d'autres, au contraire, s'infléchissent en joignant la paroi et constituent autour du vaisseau une trame longitudinale.

Les *vaisseaux*, dans ce tissu adénoïde, sont nombreux; leur calibre est considérable par rapport à l'épaisseur de leurs parois. Ils communiquent avec un réseau transversal de capillaires dilatés, situé aux limites de la néoplasie et du chorion. Un peu avant de pénétrer dans le tissu adénoïde, les cellules lymphatiques les entourent, ce qui festonne légèrement la limite inférieure de la néoplasie.

Ils se rendent dans le réseau capillaire transversal de la zone claire et constituent, dans leur ensemble, un réseau perpendiculaire communiquant.

Nous connaissons déjà en partie la structure de la *zone claire.* Les faisceaux conjonctifs, auxquels se mêlent de très rares et très minces fibres élastiques, en forment la trame. Ils sont larges, épais, d'apparence assez homogène. Après durcissement à l'alcool et coloration au picrocarminate, ils prennent une teinte rose claire. Le réseau vasculaire qui y est contenu est extrêmement riche. Les capillaires, considérablement dilatés, constituent de larges fentes fort rapprochées les unes des autres. Par places, on voit plusieurs vaisseaux superposés. L'endothélium de ces larges capillaires est très net; il présente des cellules gonflées et apparentes. Les parois vasculaires assez épaisses sont formées d'un tissu conjonctif, homogène. Les vaisseaux sont très friables et c'est ce qui rend compte de la facilité des hémorragies cutanées.

La richesse vasculaire de cette zone explique la coloration si accentuée du revêtement cutané.

Nous avons dit ailleurs que les papilles du derme semblaient effacées. C'est bien là l'impression que donnent les faibles grossissements. Mais, une étude attentive permet très facilement de voir de loin quelques soulèvements de la base du corps muqueux. Ces soulèvements sont très probablement des restes des papilles. Leur structure ne diffère en rien de celle de la zone claire.

Il existe encore dans cette zone, le plus souvent à l'état isolé, des cellules lymphatiques: mais, par places, ces cellules sont *groupées.* On les voit souvent *pénétrer* dans le *corps muqueux.*

Il est vraisemblable qu'elles s'y creusent ces *logettes* dont nous avons

parlé, et qu'en conséquence les amas cellulaires intra-épidermiques ne soient autres que des amas de *cellules migratrices*. Leurs caractères, leur affinité particulière pour le carmin, indiquent aussi leur nature. On ne saurait d'ailleurs attribuer leur existence à une altération quelconque des cellules malpighiennes, soit vésiculation, soit dégénérescence. Ces cellules sont en effet parfaitement saines. Elles n'offrent qu'un peu de tassement autour des amas de cellules migratrices.

De l'épiderme, il ne reste rien à dire. Ses diverses couches sont normales. Il n'y a aucune tendance à la desquamation. Les cellules cornées ont perdu leur noyau. Le *stratum lucidum* et la couche granuleuse n'offrent rien à signaler.

Les follicnles pileux, les glandes sudoripares, les glandes sébacées, présentent une structure normale. Les diverses zones que nous avons décrites les accompagnent dans la profondeur, en conservant tous leurs caractères.

Nous ne pouvons rien dire des nerfs. Sur des coupes traitées à l'acide osmique, nous n'avons pas vu de fibres à myéline. L'examen bactériologique a donné cette année, comme en 1889, des résultats complètement négatifs. »

Il ressort de cette description de M. Wickham que la *lésion dominante*, chez notre malade, *est la néoformation, au-dessous du corps papillaire dégénéré, d'une couche relativement épaisse de tissu adénoïde.*

Est-elle caractéristique? Peut-elle nous permettre de classer le fait dès à présent en le rattachant à un type connu?

On a signalé jusqu'ici la néoformation de tissu adénoïde dans deux maladies de la peau qui paraissent bien distinctes : le mycosis fongoïde d'Alibert et la lymphodermie pernicieuse de M. Kaposi. Il ne saurait être question de cette dernière, car les tumeurs y débutent constamment par l'hypoderme. Malgré les particularités indiquées précédemment, l'histoire de notre sujet n'est pas sans présenter de frappantes analogies avec celle du mycosis fongoïde, dans sa première phase; on sait en effet que cette maladie, dans son type le mieux caractérisé, est précédée, pendant plusieurs années, par des éruptions hyperémiques plus ou moins étendues; si nous nous en rapportons à la description de Bazin, nous voyons que ces taches, rouges ou rosées, arrondies ou diversement configurées, de dimensions variables, tantôt petites, isolées et discrètes, tantôt plus larges, peuvent se réunir par leurs bords et s'étendre sur de larges espaces dépourvus de saillies. Elles peuvent devenir légèrement proéminentes. Aucune exfoliation ne se voit à leur surface; elles s'accompagnent d'élancements et de picotements et surtout de démangeaisons très vives.

Cette description peut s'appliquer à ce que nous avons observé chez notre malade, avec cette particularité que les plaques avaient une étendue inusitée et cette coloration scarlatineuse si marquée.

Un malade atteint de mycosis, actuellement couché au n° 73 de notre salle Bazin, présente, à côté des saillies fongueuses caractéristiques, des plaques érythémateuses très analogues.

Les saillies décrites par Bazin sont, comme celles de notre malade, d'abord peu étendues, bien circonscrites, arrondies ou ovales, d'une coloration rouge sombre. Elles en diffèrent en ce qu'elles donnent au doigt une sensation de rudesse et d'aspérité. Mais ce n'est pas là un caractère constant; car chez le second malade dont nous venons de parler, il existe un nombre de saillies molles tout à fait analogues à celles que nous avons vues se produire chez S...

Enfin, l'on a noté, dans plusieurs observations de mycosis, l'existence de volumineuses tuméfactions des ganglions, et nous les constatons également chez nos deux sujets. Il en est de même de la tendance qu'ont les manifestations à disparaître sans laisser de trace.

Nous nous trouvons ainsi conduits à admettre que nous avons vraisemblablement affaire à *un mycosis fongoïde au début de sa deuxième phase*. Les nodules et les infiltrations passagères du derme et de l'hypoderme que nous avons signalés en auraient constitué les premières néoformations mycosiques. Les papules du scrotum les représenteraient actuellement.

La présence de tissu adénoïde dans le derme nous paraît concorder avec les données cliniques pour faire considérer comme vraisemblable l'existence chez notre malade d'un mycosis fongoïde. Ce n'est pas là cependant un argument décisif, car on n'a encore signalé la présence de ce tissu adénoïde que dans les tumeurs du mycosis ; il résulte d'une note que nous a remise M. Darier que les examens pratiqués par lui de fragments de peau enlevés chez trois mycosiques, et offrant encore l'aspect eczémateux, n'ont permis d'y constater qu'une infiltration de cellules avec hypertrophie du corps papillaire; il n'y a pas de tissu adénoïde. Peut-être le processus d'infiltration auquel il a assisté n'est-il qu'un stade de développement de ce tissu; ce qui nous conduit à le penser, c'est que, chez notre malade, cette infiltration existait seule lors de la biopsie pratiquée par M. Darier et qu'elle a par conséquent précédé le développement du tissu adénoïde et constitué une première phase de la maladie.

Quoi qu'il en soit; si comme nous tendons à le croire, *notre érythrodermie chronique scarlatiniforme n'est autre qu'un mycosis dont elle a constitué le début et qui entre maintenant dans sa deuxième phase,* on

ne peut méconnaître qu'il ne s'agisse là, au point de vue de la clinique comme à celui de l'histologie, *d'une forme atypique et non encore décrite de cette maladie.*

DISCUSSION

M. Schiff : D'après ce que nous savons actuellement sur cette maladie, je ne crois pas que l'on puisse, dans l'état actuel du malade, faire le diagnostic de mycosis fongoïde. Nous pensons plutôt qu'il s'agit ici d'une sorte d'eczéma chronique avec engorgement marqué des ganglions inguinaux. Il est possible que plus tard il se produise du mycosis fongoïde, mais il faut remarquer qu'on n'a guère fait le diagnostic de la phase eczémateuse de cette affection que rétrospectivement, alors qu'elle était parvenue à une phase ultérieure, mieux caractérisée.

M. Vidal : La tuméfaction considérable des ganglions est un argument de valeur en faveur du diagnostic de M. Hallopeau. Que l'affection érythémateuse existe depuis déjà trois ans, cela ne prouve pas qu'il ne s'agisse pas du mycosis fongoïde. Dès maintenant, on voit apparaître de petites tumeurs cutanées qui préludent à des tumeurs plus volumineuses, véritablement mycosiques.

La première période, la période érythémateuse ou eczématiforme du mycosis fongoïde, est caractérisée ici encore par le prurit intense, l'épaississement du derme, l'alopécie, le retentissement sur les ganglions, et, enfin, par les résultats de l'examen histologique, qui me paraît donner une démonstration péremptoire.

M. Ernest Besnier : Mon avis est entièrement conforme à celui de M. Vidal; je ferai, en outre, remarquer le caractère, propre aux lymphodermies, de l'élargissement de la peau devenue trop grande pour les parties qu'elle recouvre.

On ne peut pas invoquer ici contre le diagnostic de mycosis fongoïde la longue durée de la période eczématiforme. Un malade actuellement dans mon service a eu pendant dix-sept ans de l'eczéma prémycosique, ce n'est qu'au bout de quinze ou seize ans que sont apparues les premières tumeurs cutanées. Une malade de ma clientèle a eu pendant quatorze ans des plaques d'eczéma sec, squameux, psoriasiforme, mal caractérisé, et c'est seulement alors que se sont montrées des tumeurs cutanées dont quelques-unes sont devenues assez volumineuses, pour qu'il ait été nécessaire de les extirper.

Avant les travaux du professeur Kaposi sur la lymphodermie, ces

malades restaient inclassables. Le cas actuel peut être considéré comme intermédiaire entre la forme à évolution très lente dont j'ai cité tout à l'heure deux exemples, et les formes suraiguës.

M. Kaposi : S'il y avait des tumeurs de la peau plus considérables, on n'hésiterait pas à faire le diagnostic de mycosis fongoïde. Au degré où en sont les choses, ce diagnostic peut-il être fait? C'est là une affaire d'expérience personnelle. On est très embarrassé quand on n'a pas vu de faits semblables; on ne l'est plus lorsque les circonstances vous ont mis en présence de malades de cet ordre et qu'on a assisté à l'évolution du processus.

Il y a ici un épaisissement de la peau qui donne au doigt une sensation spéciale qu'on reconnaît lorsqu'on l'a déjà constatée.

A propos de la lymphodermie pernicieuse, je dois faire remarquer que toutes les fois qu'il existe des lymphomes, où qu'ils surgissent, on peut craindre une généralisation qui comprenne la peau. Ici, il y a des ganglions inguinaux volumineux qui peuvent faire craindre un semblable envahissement général.

En tout cas, c'est un fait bien établi, qu'à une éruption eczémateuse longtemps persistante peuvent succéder des tumeurs fongoïdes. La mort est alors la terminaison de ce processus.

M. Schiff : Je suis forcé de prendre encore une fois la parole pour constater que M. Kaposi vient de parler de la lymphodermie pernicieuse. Je ne nie pas qu'une telle affection, ou même un mycosis fongoïde puisse se produire dans la suite chez ce malade, mais je dois protester contre la confusion entre ces deux maladies.

M. Vidal : Les tumeurs sont ici peu accentuées; mais dans d'autres cas, et, en particulier dans un cas d'Hillairet dont les pièces sont ici au Musée, on voit des tumeurs se développer pendant la période eczématiforme et prendre un développement considérable. Il faut donc bien connaître cette phase initiale.

M. Pringle : Depuis quatre ans, j'observe un malade qui présente un cas assez caractéristique de mycosis fongoïde. Il s'agit d'un homme agé de quarante-huit ans, meunier, malade depuis neuf ans. Voici une aquarelle, qui reproduit très exactement l'état qu'il présenta lors de son entrée au Middlesex hospital, à Londres, en 1887. La maladie se montra sur les membres supérieurs et inférieurs, surtout sur les cuisses et les régions fessières, sous forme de plaques eczémateuses, hypertrophiques.

Sur le corps, il s'agissait plutôt d'un érythème en îlots avec très peu d'infiltration de la peau. La face fut prise; le cuir chevelu fut le siège de séborrhée, mais sans alopécie. Il n'y eut pas d'affection ganglionnaire, ni gonflement de la rate, ni leucocytose. Le prurit était intense. Au bout de six semaines, après un traitement arsenical poussé jusqu'à une intoxication réelle, il sortit de l'hôpital guéri en apparence. Au bout de six mois pourtant, la maladie récidiva et maintenant il est dans une phase bien plus avancée de la maladie, malgré le renouvellement de la médication arsenicale. Les plaques sont plus nombreuses, plus hypertrophiques que jamais et la formation des tumeurs semble imminente. L'érythrodermie ressemble d'une façon frappante à celle que présente le malade de M. Hallopeau, quoiqu'elle soit moins accentuée, moins universelle, plus pommelée. Tous les ganglions sont maintenant très tuméfiés, et la rate est gonflée : le cuir chevelu est pris par plaques, mais l'alopécie est plus marquée. Le malade dépérit rapidement. Aucun examen microscopique n'a pu être fait : j'espère publier plus tard tous les détails de cette observation.

M. Hallopeau : Cette discussion ne peut que nous confirmer dans l'idée que notre malade est atteint d'un mycosis fongoïde dans sa première période et à forme atypique; si ce diagnostic ne se vérifiait pas, il faudrait admettre qu'il s'agit d'une nouvelle forme de lymphodermie.

IV. — Pathogénie et métastases de l'eczéma particulièrement chez les enfants,

par M. le Dr E. Gaucher,
médecin des hôpitaux de Paris.

L'ancienne croyance populaire, d'après laquelle il était dangereux de guérir *les gourmes et les dartres*, n'est plus admise aujourd'hui par la majorité des médecins; et cependant il y avait dans cette croyance une grande part de vérité.

Il importe de distinguer, parmi les affections désignées jadis sous la dénomination commune de gourmes, l'impetigo et la séborrhée de l'*eczéma vrai*. L'impetigo, non seulement celui de la face, mais l'impetigo en général, qui peut siéger sur toute la surface du corps, est une *maladie* de *cause externe*, contagieuse, comme Devergie l'avait

reconnu le premier, inoculable et auto-inoculable, de nature vraisemblement microbienne. D'après ces caractères, c'est une maladie que l'on doit guérir et dont la guérison ne peut avoir aucun retentissement sur l'état général. — La séborrhée, celle du cuir chevelu particulièrement, est une affection locale, dont la guérison ne peut être suivie non plus d'aucun accident.

Il n'en est pas de même de l'eczéma vrai, soit de l'eczéma suintant, soit de l'eczéma papuleux ou lichénoïde. Celui-ci est une affection de cause interne, *diathésique* (j'emploie encore cette qualification, faute d'une meilleure à lui substituer); c'est de lui seul que j'entends parler.

Eh! bien, je crois, comme le vulgaire, qu'il est souvent dangereux de guérir l'eczéma, surtout chez les enfants, et je le crois scientifiquement, parce que mon opinion s'appuie sur des faits. Je sais bien que je suis en contradiction avec beaucoup de médecins, qui traiteront dédaigneusement cette opinion de surannée, et surtout avec la plupart des dermatologistes de profession, dont quelques-uns ne voient parfois pas plus loin que la peau qu'ils ont à traiter. On subit trop l'influence de l'école allemande, qui en est arrivée à décrire la variole comme une maladie de la peau, et on a trop de tendance à oublier les enseignements de Bazin.

Bazin, avec l'autorité que nul n'a pu lui disputer, constatait qu'avant lui les dermatologistes, engagés sous la bannière de l'organicisme, ne savaient rien apercevoir au delà de la lésion cutanée, que les doctrines régnantes leur montraient comme constituant à elle seule toute la maladie. (*Préface de la 1re édition de la* SCROFULE.) Or, c'est aujourd'hui surtout que les plaintes de Bazin seraient justifiées. Les exagérations de l'École anatomique et des doctrines parasitaires, dont je suis loin d'ailleurs de méconnaître l'importance, ont fait complètement oublier le rôle des altérations humorales dans les affections cutanées.

Et cependant, quelque peu connues qu'elles soient dans leur essence, ces altérations humorales sont indéniables. On possède quelques notions certaines sur les altérations chimiques du sang et des humeurs dans le diabète, dans la goutte et dans l'urémie; et dans toutes ces maladies on observe des métastases, que, d'après les données de la science contemporaine, on pourrait appeler des *métastases chimiques*.

Éclairés par ces exemples, ne pouvons-nous soupçonner, chez les malades atteints d'eczéma, l'existence de principes toxiques qui s'éliminent par la peau? Car on sait, d'autre part, que les matières toxiques d'origine nutritive, les poisons de la désassimilation, ne s'éliminent pas seulement par le rein, mais aussi par les glandes cutanées. On sait l'influence de certains aliments, et même d'une alimentation quelconque

prise en excès, sur la production et l'entretien de l'eczéma. Dans ces cas, la lésion cutanée est sans doute le résultat de l'élimination des matières excrémentitielles par la peau.

La production excessive de ces matières toxiques désassimilées et leur élimination par la peau, au lieu d'être accidentelle, comme dans le cas précédent, peut se présenter comme *un état morbide permanent, dépendant de troubles nutritifs constitutionnels et souvent héréditaires.* L'eczéma chronique est alors sous la dépendance d'une altération chronique des humeurs, dont les principes toxiques s'éliminent en partie par la peau. Dans ces conditions, la dermatose est en quelque sorte une sauvegarde; si on la fait disparaître, c'est l'élimination cutanée qu'on supprime en même temps, et c'est autant de matière toxique qui peut s'accumuler dans les organes internes et déterminer des accidents plus ou moins rapides et plus ou moins graves, suivant le siège de la *métastase.* — Ces accidents doivent être plus fréquents chez les enfants, à cause de l'activité plus grande de leur nutrition, qui entraîne un déplacement plus facile de la matière toxique, et à cause de la délicatesse de leurs organes; ils doivent être plus graves, à cause de leur résistance moindre.

Voilà la théorie; voici les faits. Parmi des observations assez nombreuses, je choisis les plus probantes.

I. — Un enfant de deux ans, amené à la consultation dermatologique de la clinique de l'hôpital des enfants, et atteint d'eczéma presque généralisé de la tête, du tronc et des membres, entre dans le service de M. le Dr Grancher. Sur mon conseil, on lui applique simplement des cataplasmes d'amidon et seulement sur les bras. Sous une influence inconnue, car je crois que ce traitement très anodin ne peut être mis en cause, l'éruption cutanée pâlit et disparaît presque complètement sur tout le corps au bout de quelques jours, et l'enfant succombe dans un accès de convulsions. A l'autopsie, on trouve seulement une congestion pulmonaire et encéphalique très intense.

II. — Une enfant de deux ans et demi, fille d'un médecin, était atteinte d'un eczéma chronique sec généralisé, très prurigineux, avec épaississement et induration de la peau. Consulté par le père, j'avais conseillé seulement des bains d'amidon et quelques cataplasmes d'amidon de temps en temps, sur les régions les plus prurigineuses. Malgré mon avis, on fit pendant deux ou trois jours des lotions sur tout le corps, avec une solution phéniquée, dans le but de calmer les démangeaisons. Les démangeaisons diminuèrent en effet, l'éruption pâlit; mais l'enfant fut prise de congestion pulmonaire et de broncho-pneumonie et mourut en quatre jours.

III. — Une petite fille de trois ans, née d'un père obèse et acnéique, atteinte elle-même d'eczéma en plaques du tronc et des membres inférieurs, me fut

adressée en 1883 par un confrère de Neuilly. En raison de la localisation des lésions eczémateuses, je crus pouvoir faire appliquer sur les plaques un glycérolé cadique très faible. L'eczéma disparut assez rapidement, pour faire place à une *entérite cholériforme* qui dura plusieurs jours et inspira les plus vives inquiétudes à notre confrère. L'enfant guérit, mais l'eczéma reparut peu de temps après.

IV. — Chez un petit garçon de dix-huit mois, fils d'un père eczémateux, j'ai observé une entérite dysentériforme rebelle, à la suite de la guérison d'un eczéma en plaques des membres supérieurs et de la face. J'avais employé aussi le glycérolé cadique. L'enfant guérit également de son affection intestinale et l'eczéma a reparu peu de temps après.

V. — Une grande fille de onze ans, fille d'un père eczémateux, atteinte d'eczéma chronique croûteux généralisé, était traitée à la policlinique de l'hôpital des enfants par des bains d'amidon, des cataplasmes d'amidon et l'application d'une pommade au sous-nitrate de bismuth et à la cocaïne. Au bout d'un mois et demi environ, l'eczéma était très amélioré et même en voie de guérison sur le tronc et sur les membres; il n'y avait plus qu'un état squameux de la face et du cuir chevelu. Mais, en même temps, l'enfant s'était amaigrie, elle avait perdu l'appétit, elle avait de la diarrhée et présentait une apparence cachectique. Tout traitement local fut suspendu ; je prescrivis seulement du quinquina à l'intérieur. L'éruption reparut, moins vive à la vérité qu'auparavant, et l'état général s'améliora peu à peu.

VI. — Un petit garçon de neuf mois, atteint d'eczéma croûteux généralisé, était traité par des bains d'amidon, des cataplasmes sur les membres et l'application de pommade au sous-nitrate de bismuth sur la face. Les croûtes tombèrent, l'éruption s'atténua, mais en même temps on vit apparaître de l'anasarque. Je pus recueillir une petite quantité d'urine et j'y trouvai de l'albumine. Tout traitement fut cessé ; l'anasarque disparut au bout d'une quinzaine de jours, mais je n'ai pu examiner l'urine de nouveau.

VII. — Chez une petite fille de quatre ans, atteinte d'eczéma de la tête, du tronc et des membres, traitée à la policlinique des enfants par les bains, les cataplasmes d'amidon, et la liqueur de Fowler (deux gouttes par jour), on voit au bout de quinze jours l'éruption en voie de disparition ; mais l'état général devient mauvais, l'enfant maigrit et perd l'appétit. Je suis obligé de supprimer tout traitement.

VIII. — Un petit garçon de quinze mois, fils d'un père eczémateux, est soigné à la policlinique de l'hôpital des enfants pour un eczéma du cuir chevelu, des oreilles et du cou. Le traitement consiste en cataplasmes et bains d'amidon et application de pommade à l'oxyde de zinc. Au bout de trois semaines, l'eczéma est en voie de guérison ; mais l'état général devient mauvais, les fonctions digestives sont altérées. On suspend tout traitement et l'enfant revient à la santé.

IX. — Un enfant de seize mois, traité également à la policlinique des enfants,

est atteint d'un eczéma de la tête et des membres, pour lequel je fais appliquer seulement des cataplasmes. Au bout de deux mois et demi, l'eczéma est très amélioré, mais l'enfant présente de l'œdème des membres inférieurs ; il est impossible d'examiner l'urine. Je fais cesser tout traitement ; l'œdème disparaît.

Je ne pense pas que, dans ces observations, on m'objecte que les métastases ne sont que des coïncidences; car on connaît de nombreux faits d'alternance des lésions cutanées avec des affections internes, qui prouvent que les principes toxiques des humeurs altérées peuvent se porter tantôt sur un point, tantôt sur un autre de l'économie. Je puis rapporter l'histoire d'un homme qui, dans son enfance, fut atteint d'accès d'asthme ; l'asthme disparut complètement avec l'apparition d'un eczéma et ne s'est pas montré depuis ; mais l'année dernière, à la suite de la guérison de l'eczéma, le malade fut atteint d'un rhumatisme articulaire qui mit ses jours en danger.

Bien que nous ne connaissions pas la formule chimique des matières toxiques humorales qui produisent successivement tous ces accidents, il est impossible de ne pas mettre ces manifestations multiples sous la dépendance de la même cause; et puisque le principe toxique doit nécessairement se porter sur un organe, mieux vaut que ce soit sur la peau que sur le poumon ou sur les séreuses.

Je sais bien que les eczémateux peuvent présenter des complications viscérales, avec la persistance de leur eczéma; cela prouve que dans ces cas-là tout le poison ne peut s'éliminer par la peau. Mais si ce poison animal n'est pas en si grande abondance que la peau ne puisse suffire à son élimination, je pense qu'il faut le laisser s'échapper par cette voie, plutôt que de lui barrer la route, au risque de lui faire prendre une direction plus périlleuse pour le malade. C'est comme si vous cherchiez à guérir la diarrhée vicariante d'un brightique, qui, par votre intervention, se trouve menacé d'urémie cérébrale.

Si l'on admet la pathogénie que je propose et qui compare les altérations humorales des eczémateux à celles des goutteux, des diabétiques et des urémiques, on est obligé de reconnaître que les accidents qui peuvent succéder à la suppression d'un eczéma sont des métastases ou des répercussions internes.

La conclusion pratique de la théorie et des faits que je viens d'exposer est qu'à tous les âges, et chez les enfants particulièrement, il faut apporter beaucoup de circonspection dans le traitement d'un eczéma, surtout si cet eczéma est très étendu, Il ne faut pas traiter d'emblée toute la surface malade; mais ne s'attaquer qu'à des fractions successives. Il ne

faut pas employer des topiques trop énergiques. Il faut procéder avec lenteur et avec douceur, pour habituer en quelque sorte l'organisme à la suppression de l'émonctoire cutané, et donner le temps aux principes toxiques de prendre peu à peu une autre voie d'élimination, celle de l'intestin ou celle du rein. A mon sens, il est même nécessaire de provoquer, si je puis dire, cette substitution d'émonctoire, en administrant des purgatifs, comme le faisaient les anciens, et des diurétiques dont le meilleur est certainement le lait. En d'autres termes, en même temps qu'on cherche à guérir la lésion cutanée, on doit faciliter, par une autre voie, l'élimination des matières toxiques de la nutrition viciée, puisque jusqu'à présent nous ne pouvons neutraliser ces poisons animaux directement dans les humeurs qui les contiennent.

M. Schiff : En qualité de médecin d'un hôpital d'enfants, sur 1,007 malades, j'ai trouvé 449 eczémateux. A Vienne, nous sommes absolument de l'avis de M. Gaucher, et nous pensons que l'eczéma, chez les enfants, est très souvent le symptôme, la manifestation extérieure d'un état général, constitutionnel. C'est au rachitisme, à la mauvaise nourriture, à la misère physiologique, qu'il faut l'attribuer. Toujours il faut faire un traitement, et le traitement ne présente jamais de danger; mais si l'on veut avoir de bons résultats, il faut aussi traiter l'état général, et, en particulier, songer au rachitisme.

M. Iscovesco : Pendant deux années passées à Berck, j'ai vu 180 cas de rachitisme, et parmi eux, seulement peut-être 3 cas d'eczéma en tout. Le rachitisme n'a donc aucun rapport avec l'eczéma. Les choses se passent tout à fait autrement quand il s'agit d'enfants scrofuleux.

M. Schiff : Je n'ai pas dit que tous les rachitiques étaient eczémateux, mais que parmi les eczémateux, il y a bon nombre de rachitiques.

M. Petrini (de Galatz) : Je pensais que l'humorisme n'avait plus de partisans, et surtout parmi les jeunes médecins des hôpitaux de Paris.

M. Gaucher cependant vient, par sa brillante communication, nous ramener aux anciennes idées sur les doctrines humorales. Il nous dit qu'il faut être très prudent dans le traitement des enfants eczémateux; car si on guérit vite le malade, il surviendra des accidents sérieux du côté des organes internes.

Il faut, selon M. Gaucher, en même temps qu'on cherche à guérir la lésion cutanée, faciliter par la voie rénale ou intestinale, l'élimination des matières toxiques de la nutrition viciée; puisque, dit-il, jusqu'à

présent nous ne pouvons neutraliser ces poisons animaux directement dans les humeurs qui les contiennent.

Ainsi donc, selon notre très savant confrère, il ne faut presque pas toucher à l'eczéma, crainte de faire rentrer la maladie dans les organes nobles.

Pour ma part, je crois que l'eczéma, comme toute autre dermatose, doit être traitée dès le commencement, autrement la maladie, passant à l'état chronique, l'évolution pathologique de l'épiderme se répétant, deviendra un état morbide permanent. Les récidives fréquentes des eczémas ne peuvent être interprétées autrement.

Je ne puis donc admettre l'humorisme, ni l'herpétisme. Quant à l'arthritisme, je crois qu'on ne peut le nier.

Si donc je constate chez mes eczémateux l'arthritisme ou la scrofule, j'institue un traitement général en vue de ces états diathésiques, en même temps que je cherche, par les moyens locaux, à guérir l'eczéma le plus tôt possible.

De la sorte, un dermatologiste doit avoir des connaissances solides de pathologie générale, et être avant tout médecin. Et s'il y a des eczémas purement locaux, il s'en trouve d'autres qui reconnaissent un état général. Avec ces considérations, je crois qu'on doit toujours intervenir dans le traitement des eczémateux, sans crainte de faire rentrer la dermatose ou la faire porter sur d'autres organes.

M. Unna : M. Gaucher a parlé de la séborrhée. Je dirai, moi : traitez la séborrhée des enfants et vous n'aurez pas plus tard d'eczémas chez les adultes.

M. Gaucher : Moi aussi, je traite l'eczéma, mais je le traite avec prudence. Sur ce terrain, nous nous rencontrerons plus facilement, je pense. J'ai d'ailleurs très nettement distingué la séborrhée, qu'il faut toujours traiter, de l'eczéma vrai.

V. — Pronostic de quelques formes de tuberculose cutanée chez les enfants,

par M. le Dr E. Gaucher,
médecin des hôpitaux de Paris.

La tuberculose cutanée comprend aujourd'hui la plupart des lésions qu'on avait jadis désignées sous le nom de scrofulides.

Ces lésions tuberculeuses de la peau sont très fréquentes chez les enfants; pendant quatre années, il m'a été donné d'en voir un grand nombre à la Policlinique dermatologique de l'hôpital des Enfants, et j'ai pensé qu'il était intéressant de classer les formes que j'ai observées et d'en établir le pronostic.

Un mot d'abord du lupus et des gommes scrofuleuses.

On observe le *lupus* chez les enfants, mais plus rarement que les autres tuberculoses cutanées et d'une façon tout à fait exceptionnelle chez les jeunes enfants. Je ne l'ai pas vu au-dessous de deux ans; cependant chez une petite fille de vingt-cinq mois, le lupus, siégeant à la joue, aurait débuté, au dire de la mère, peu de temps après la naissance.

Le lupus des enfants présente peu de particularités; il siège, comme toujours, le plus souvent à la face; il est ordinairement peu étendu, peut-être parce que le lupus étant une maladie à évolution chronique, la lésion n'a pas eu le temps de se développer. Cependant d'une façon générale, il m'a semblé plus discret, moins grave que chez l'adulte et moins envahissant.

Le traitement du lupus par les cautérisations ignées est applicable chez les enfants comme chez les adultes. Avec mon ami le Dr Martin de Gimard, chef de clinique adjoint à l'hôpital des Enfants, et sur son conseil, j'ai employé, en application sur les tubercules lupiques ulcérés, la mixture phéno-camphrée, selon la formule que j'ai préconisée dans le traitement de la diphtérie; cet essai est encore trop récent pour nous avoir donné des guérisons, mais nous avons obtenu des améliorations assez encourageantes pour continuer le traitement.

Les *gommes scrofuleuses* sont aujourd'hui bien connues et bien décrites et leur nature tuberculeuse est bien établie. Elles ont parfois une évolution assez lente; elles finissent par se ramollir et par s'abcéder. Qu'elles aient été incisées ou qu'elles se soient ouvertes spontanément, de leur ouverture résulte une ulcération qui se comporte comme les ulcérations qui succèdent aux lésions dont j'ai maintenant à parler.

En dehors du lupus et des gommes, on observe chez les enfants deux autres formes de tuberculose cutanée : les *abcès dermiques* et une tuberculose pustulo-ulcéreuse ou ulcéro-crustacée, englobée jadis dans l'affection complexe désignée par les anciens auteurs sous le nom d'*impetigo rodens.*

Les *abcès dermiques* sont moins profonds que les gommes, qui sont cutanées et sous-cutanées. Comme leur nom l'indique, ils siègent dans le derme proprement dit; ils s'ouvrent rapidement et donnent lieu à des ulcérations irrégulières, parfois serpigineuses, suintantes ou recouvertes

de croûtes molles et très lentes à se cicatriser, quand elles sont abandonnées à elles-mêmes. Ces ulcérations sont des *écrouelles.*

Chez les jeunes enfants, on observe les abcès dermiques beaucoup moins fréquemment que les gommes et que la quatrième forme de tuberculose cutanée que j'ai maintenant à décrire.

Cette quatrième forme, fréquemment associée à l'impétigo, comme d'ailleurs les abcès dermiques et les gommes scrofuleuses, est caractérisée au début par des pustules qui ressemblent à celles de l'impétigo, mais qui en diffèrent par leur profondeur et par l'ulcération que leurs croûtes recouvrent. On ne confondra pas cette lésion ulcéro-crustacée avec l'impétigo simple ulcéré, car l'ulcération de l'impétigo résulte toujours du grattage, elle est superficielle et n'a pas la même persistance.

Cette lésion pustulo-ulcéreuse ou ulcéro-crustacée diffère aussi des abcès dermiques. La pustule du début est constituée par une petite collection purulente épidermo-papillaire, plus superficielle, moins étendue, plus régulière que les abcès dermiques. L'ulcération qui succède à la pustule est assez exactement arrondie. Cette lésion pustulo-ulcéreuse était jadis confondue, sous le nom d'*impetigo rodens*, avec d'autres affections bien différentes, qui comprenaient notamment l'impétigo simple ulcéré et certaines lésions ulcéro-crustacées dépendant soit de la syphilis acquise, soit de la syphilis héréditaire.

Quoi qu'il en soit, la nature tuberculeuse de ces pustules d'aspect impétigineux et celle des abcès dermiques peut être établie par les inoculations. Le pus de ces lésions, inoculé aux animaux, dans le péritoine, donne naissance à une tuberculose à évolution très lente, qui prouve que ces lésions cutanées tuberculeuses sont peu virulentes. L'inoculation expérimentale est d'ailleurs le seul critérium de leur nature, car on doit rarement trouver dans ces abcès, dans le pus des pustules ou à la surface des ulcérations, le bacille tuberculeux. Je ne l'y ai, pour ma part, jamais rencontré.

En dehors de ces quatre formes de tuberculose cutanée : lupus, gommes, abcès dermiques et tuberculose pustulo-ulcéreuse, on observe *des formes mixtes*, caractérisées par l'association de deux ou plusieurs des formes précédentes : association de pustules ulcérées et de tubercules lupiques, de gommes et de pustules, d'abcès dermiques et de gommes, soit côte à côte sur les mêmes régions, soit sur des points différents du corps. A défaut d'inoculations expérimentales, cette association est une preuve clinique de l'identité de nature et d'origine de ces diverses lésions.

Si je m'en rapporte à mes observations, la fréquence relative de ces cinq formes peut être établie par le pourcentage suivant:

Sur cent cas on trouve :

Gommes scrofuleuses	30,5
Tuberculose pustulo-ulcéreuse	30,5
Lupus	20 »
Abcès dermiques	7,5
Formes mixtes	11,5
	100

Ce pourcentage total comprend les enfants de tout âge jusqu'à quinze ans ; mais il est bon de faire remarquer que j'ai eu surtout à traiter de jeunes enfants, au-dessous de huit ans. Chez les jeunes enfants, on observe surtout les gommes et la tuberculose pustulo-ulcéreuse ; le lupus et les abcès dermiques appartiennent aux enfants plus âgés.

Si on laisse de côté le lupus qui a une évolution spéciale, la conséquence commune des gommes et des abcès dermiques, après leur ouverture, est la même que celle des pustules, c'est une *ulcération.*

Or, à part certains cas d'abcès dermiques très rebelles, ces ulcérations présentent une bénignité remarquable. Elles guérissent assez facilement et se cicatrisent rapidement en quinze jours, trois semaines ou un mois, par un traitement très simple dont l'acide borique forme la base. Je fais saupoudrer les ulcérations avec un mélange à parties égales d'acide borique et de talc pulvérisés et je fais appliquer à leur surface, en permanence, du glycérolé d'amidon à l'acide borique au dixième.

C'est la bénignité du pronostic qui constitue le caractère propre de ces formes de tuberculose cutanée chez l'enfant.

M. Iscovesco : J'ai vu des cas analogues à ceux dont vient de parler M. Gaucher dans sa si intéressante communication. J'ai vu comme lui des cas d'impétigo chez des enfants scrofuleux de Berck et comme lui je les ai vu guérir presque spontanément. Comme dans les cas d'érythème pernio dont j'ai parlé, M. Gaucher nous dit que l'examen bactériologique est négatif, mais que les inoculations aux lapins donnent toujours des résultats positifs. Enfin, dans ces cas comme dans les miens, la tuberculose péritonéale inoculée chez les lapins évolue comme une tuberculose locale sans grand retentissement sur la santé générale. Il y a donc lieu de modifier les idées que nous avons actuellement sur les tuberculoses cutanées, et les faits de M. Gaucher ainsi que les miens sont faits pour nous faire admettre toute une classe de tuberculoses cutanées bénignes, inoculables aux lapins et guérissant cependant spontanément.

VI. Sur la contagion de la lèpre et le nombre probable de lépreux qui existent en Espagne (en dehors des Antilles, Philippines et Canaries),

par M. le Dr Olavide (de Madrid).

Si l'on en croit l'histoire médicale de l'antiquité et du moyen âge, la lèpre ou éléphantiasis des Grecs, non seulement était éminemment contagieuse, mais aussi attaquait un grand nombre de personnes sous la forme épidémique ou endémique.

Cette idée modifiée dans les temps modernes est ressuscitée après la découverte du *bacillus lepræ*, parce que la maladie étant évidemment parasitaire doit être aussi contagieuse et inoculable, et cependant l'expérience n'a pas donné dans nos mains des résultats satisfaisants.

Presque toujours il existe dans nos cliniques de l'hôpital San-Juan-de Dios, de Madrid, six ou huit lépreux qui restent dans nos salles jusqu'à leur mort, parce qu'on ne les laisse pas sortir de l'hôpital, par suite de dispositions légales nouvelles; et nous n'avons jamais vu de contagion se produire chez les malades voisins, ni chez les infirmiers qui les assistent, ni chez les praticiens qui les soignent.

Dans le grand nombre des cas que j'ai eu l'occasion d'observer en ville, aucun n'a servi à prouver la contagion de cette maladie.

J'ai vu un grand nombre de lépreux mariés, mourir de cette horrible maladie sans avoir contagionné leurs femmes, et réciproquement, malgré plusieurs années de mariage. J'ignore s'il en est de même dans nos Antilles, les îles Philippines et Canaries, où la maladie est plus fréquente et endémique; mais dans les cinq cents lépreux que j'ai pu traiter en vingt-cinq années de pratique, il n'y en a eu qu'un qui attribuait sa maladie à la contagion.

Il y a quelques années que j'ai essayé les inoculations sur les animaux, premièrement avec le sang, et après avec des jeunes tubercules récemment extirpés, et ils ne donnèrent pas de résultat.

Dans le laboratoire de l'hôpital de San-Juan-de-Dios, notre savant microbiologiste, le docteur Mendoza, a essayé les cultures du *bacillus lepræ* dans tous les milieux solides et liquides connus; et jusqu'à présent ils ne se développent pas. Ni le bouillon, ni le lait, ni la gélatine, ni l'agar-agar, ni le sérum n'ont servi pour sa prolifération et son développement.

Peut-être cela tient-il à ce que la culture de ce bacille exige des conditions différentes de celles qui sont employées ordinairement dans les laboratoires.

Malgré le résultat négatif de tous ces faits, le parasitisme de la maladie est si évident, si sûre l'existence du bacille dans toutes les lésions lépreuses, qu'il faut insister sur l'étude expérimentale pour connaître :

1° Quelles conditions organiques ou de terrain de culture sont nécessaires au *bacillus lepræ* pour s'implanter et se développer en lui ;

2° Dans quels autres organismes que le corps humain se trouve le bacille.

Je ne crois pas qu'aujourd'hui on puisse arriver à le savoir en Europe, et encore moins dans les nations centrales, où la maladie n'est pas fréquente; mais on pourrait le savoir dans les îles Philippines, dans l'intérieur de Cuba et dans d'autres îles ou sur le littoral d'Amérique, d'Australie ou de Chine.

J'ai soigné des lépreux, nés dans le centre de l'Espagne, où la lèpre est très rare, fils de pères sains à ce qu'ils disaient, qui ont pris la maladie à l'intérieur de l'île de Cuba; d'autres dans l'intérieur de l'île de Luzon (Philippines) et quelques-uns dans l'intérieur des Canaries. Aucun ne croit l'avoir prise dans les capitales de ces départements espagnols. Qu'y a-t-il dans ces endroits pour déterminer la maladie? Pourquoi des sujets sains et sans prédisposition héréditaire prennent-ils la lèpre dans l'intérieur de Cuba ou des îles Philippines et non à la Havane ou à Manille? Le germe est-il dans la terre ou dans les aliments végétaux ou animaux de ces zones? C'est là, évidemment, que la maladie est contagieuse et inoculable?

Je crois que le Congrès devrait stimuler des microbiologistes distingués à aller résoudre ces questions sur le terrain, parce que je crois que de ces points du globe doit venir la lumière qui éclairera l'étiologie et la pathogénie de la lèpre.

Le contraire de ce qui arrive dans les possessions d'outre-mer espagnoles se passe en Espagne. La maladie est plus proche des côtes que de l'intérieur, ou des provinces du littoral que des centrales, mais toujours on voit aussi un plus grand nombre de foyers à quelques lieues de la côte que sur le rivage même de la mer.

Les provinces d'Almeria, Murcie et Grenade dans le voisinage de la Méditerranée, et celles de Galicie et des Asturies dans l'Océan sont celles qui donnent le plus grand nombre de lépreux. Cette maladie n'existe pas, que je sache, dans les provinces Basques et de Santander, malgré leurs fréquentes relations avec l'Amérique et l'Océanie; seulement je reconnais qu'il y a quelques petits foyers intérieurs dans les provinces de Jaen, Cordoba et Guadalajara.

Le plus grand nombre de lépreux de ces provinces intérieures pro-

vient de l'Amérique ou des îles Philippines, parce que ce sont des militaires ou des moines qui ont été dans ces régions et sont venus se guérir.

Les moines ont l'habitude d'attribuer la maladie aux aliments des îles Philippines; les militaires aux rapports avec les Indiennes dans cette région, ou aux marais que les grandes pluies laissent dans l'intérieur de Cuba.

En Espagne, on considère la maladie comme héréditaire dans les provinces du littoral et contractée chez ceux qui, ayant émigré, en Amérique et en Océanie, retournent ensuite résider dans les provinces centrales.

La statistique officielle des lépreux qu'il y a en Espagne fut prescrite par le ministre de Gobernacion, il y a, je crois, deux ou trois années; mais on lutte avec la difficulté du diagnostic de la part des médecins; car, en Espagne, l'enseignement de la dermatologie n'étant pas officiel, les élèves sortent des Écoles de médecine sans avoir vu un seul cas de lèpre; et rares sont ceux qui peuvent la diagnostiquer dans les premiers temps de son évolution.

Je ne crois pas que tous les lépreux d'Espagne dépassent mille ou mille cinq cents, et j'exagère peut-être encore ce chiffre qui est plus difficile à déterminer avec précision, par suite de la gravité qu'il y a toujours pour le patient, pour sa famille et la localité, à la détermination officielle ou ostensible d'une maladie plus terrifiante encore par son histoire ancienne que par ses lésions, que celles-ci soient ou non contagieuses actuellement.

Je terminerai cette communication en priant le Congrès d'inviter les divers gouvernements : 1° à envoyer des commissions de micrographes et de dermatologues, connaissant la lèpre, pour étudier la pathogénie de cette maladie dans les Antilles, la Chine et les îles Philippines, et la façon dont elle se comporte envers les naturels de ces pays, et envers ceux qui ont émigré de l'Europe et y résident temporairement; 2° à nommer d'autres commissions qui parcourront les pays ou les départements infestés de lèpre, suivant la déclaration des médecins municipaux, et pourront faire une statistique approchant la vérité, touchant le nombre de lépreux qui existent actuellement en Europe et aux colonies.

VII. Quelques mots sur les résultats qu'on peut obtenir dans le traitement de la lèpre,

par M. le Dr Zuriaga (de Valence).

De tous côtés, on entend encore dire, aussi bien par les médecins que par les dermatologistes eux-mêmes, que les traitements essayés jusqu'à ce jour, dans le but d'enrayer le développement de la lèpre, sont restés infructueux.

Cette opinion a diverses causes : tout d'abord, ce que l'on sait jusqu'ici des terribles effets naturels du mal, le peu de connaissance qu'on a encore de certaines méthodes de traitement de ladite maladie ; en outre, le manque d'occasions pour les médecins de pouvoir expérimenter ces traitements, car les sujets leur font presque toujours défaut ; de plus, l'ignorance des effets des traitements dont les principes et le *modus faciendi* ont été publiés dans des journaux scientifiques qui sont peu lus. Toutes ces raisons expliquent le peu de confiance et même le scepticisme avec lesquels on accueille certaines innovations thérapeutiques, bien que ces procédés et ces principes soient rationnels et faciles à expérimenter (lorsqu'on veut bien s'en donner la peine).

Tel est ce qui se produit encore au sujet de la lèpre, qui, à notre avis, n'est pas aussi impossible à soigner qu'on veut généralement bien le dire, et ce, grâce aux travaux d'hommes éminents, tels que le Dr Unna et autres.

La question étant éminemment importante, ainsi qu'on voudra bien le reconnaître, nous avons pensé qu'il était convenable et opportun de présenter cette notice aux éminents membres du Congrès, avec toute la modestie qu'il convient d'avoir en présence des grands maîtres, et dans le but de démontrer, si toutefois nous pouvons le faire :

1° Qu'il existe des procédés thérapeutiques pour enrayer, dans beaucoup de cas, l'évolution fatale et naturelle de la lèpre ;

2° Que, par l'emploi de certaines substances internes et externes, on peut faire disparaître beaucoup de phénomènes, accusant l'action effective sur l'organisme de l'élément morbide-pathogène, à condition que les remèdes soient employés à temps et en quantités suffisantes ;

3° Que les lépreux traités de cette manière s'acheminent d'une façon constante vers la santé, au lieu d'aller vers la mort, ce qui prouve que, théoriquement, on peut croire à la guérison de la lèpre ; cela prouve aussi, par conséquent, que le Dr Unna peut avoir raison en publiant des cas de guérison de la lèpre.

Comme la vulgarisation de ces idées a, nous le répétons, une importance sociale et scientifique; comme nous croyons, en présentant cette notice, accomplir un devoir professionnel et humanitaire, nous prions qu'on veuille bien excuser notre insuffisance personnelle, en considération du désir que nous avons de rendre service à nos semblables.

Il y a environ trois ans, nous assistions tous les jours aux travaux théoriques et pratiques qui ont lieu à l'hôpital Saint-Louis, fréquentant de préférence les services cliniques de MM. Besnier, Vidal et Fournier. Étant d'un pays aux environs duquel on trouve malheureusement d'assez nombreux lépreux, je m'intéressais surtout à tout ce qui avait trait à la lèpre et à son traitement. C'est ainsi que je me rappelle m'être parfaitement mis au courant du traitement du Dr Vidal, qui se servait alors, de préférence, de l'huile de Chaulmoogra. L'un des derniers jours de ma présence au service de mon distingué maître, le Dr Besnier, je lui demandai quel traitement, selon lui, je devrais employer pour soigner avec fruit les lépreux de mon pays. Ce maître me conseilla l'usage du tanin à hautes doses. Ainsi que je le dirai plus loin, j'en ai fait emploi, ainsi que de l'huile de Chaulmoogra.

Vers la même époque, le Dr Unna publia son célèbre cas de guérison de la lèpre par l'emploi des agents dits de « réduction ». Je décidai d'employer cette méthode, chose que je fis plus tard, ainsi qu'on pourra le voir par l'exposé que je ferai dans le cours de ce travail.

Évaluer et peser chacune de ces méthodes de traitement, en fixer le résultat obtenu par moi, tel est le but de ce travail.

Quelques cas cliniques qui accompagnent ce travail prouveront la vérité des trois propositions citées plus haut.

Emploi de l'huile de Chaulmoogra.

J'ai fait plusieurs voyages en différents points des provinces de Valence et d'Alicante, dans le but précédemment indiqué d'expérimenter divers modes de traitement. Je fis mon premier voyage à Enguera, ville ouvrière de quelque importance, située dans la province de Valence. J'y savais un certain nombre de lépreux et je crus y trouver des ressources ou des personnes qui m'aideraient dans mon entreprise humanitaire. A peine arrivé, je me mis en rapport avec les médecins, auxquels j'expliquai mon but en leur demandant leur concours et leur aide. J'avais apporté une certaine quantité d'huile de Chaulmoogra, préparée en capsules, que je remis à mes confrères en leur indiquant la façon dont le Dr Vidal employait cette substance. Ils me dirent qu'ils deman-

deraient une plus grande quantité de cette matière, et qu'ils me tiendraient au courant des effets produits par ce remède. Mais, à l'heure présente (et il y a déjà trois ans de cela), je n'ai encore reçu aucune nouvelle.

Mes confrères trouvèrent-ils de la résistance de la part des malades (ceux-ci n'étant pas à l'hôpital); d'autres causes qui me sont inconnues vinrent-elles s'opposer à leur travail? Le résultat est que ma première excursion n'eut pas le succès que méritaient les ennuis suscités par ce voyage si incommode.

Cela ne m'arrêta pas cependant. Je partis ensuite pour Simat de Valldigna (Valencia), pays dans lequel je connaissais un vieux médecin, mon ami, ancien élève de mon père, alors que celui-ci professait dans la chaire d'anatomie, à la Faculté de Valence.

Il me présenta à mon bon ami, le Dr Rafaël Solanes, grand connaisseur de la symptomatologie de la lèpre, auquel j'expliquai le but de ma visite. Il me reçut courtoisement et m'accompagna lui-même dans diverses léproseries et chez des familles de lépreux, lesquels, entre parenthèses, vivaient de peu, presque tous misérablement, libres dans leurs demeures, sans être astreints à la réclusion ni à aucune mesure d'hygiène. Pourtant, tous les habitants du pays, et le médecin tout le premier, croient à la contagion de la lèpre.

Lorsque je vis que j'avais trouvé un appui dans mon compagnon et ami, j'estimai que mes fatigues et mes travaux n'avaient pas été perdus. (Je voyageais quelquefois en chemin de fer, le plus souvent à pied à travers les chemins et sentiers, ma mallette sur l'épaule, et sous le soleil d'août, de mon pays, soleil qui ressemble tant à celui d'Afrique.) Je me disposai à choisir quelques malades parmi ceux qui consentaient à se soumettre à quelques-uns des nombreux traitements.

J'ai trouvé divers malades qui se laissèrent traiter, les uns par la méthode de Unna, dont je relaterai plus tard les résultats, les autres par le tanin, en médication interne à fortes doses, et un seul qui consentit à être soigné à l'huile de Chaulmoogra. Plus tard, j'ai rencontré d'autres malades, en différents endroits, qui se sont soumis aussi au traitement par l'huile de Chaulmoogra.

J'ai en ma possession les relations cliniques de ces traitements, mais comme il serait trop long de les relater toutes et que cela m'obligerait à sortir des limites du cadre de cette notice, je n'en ferai connaître les résultats que brièvement; peut-être ferai-je un jour le résumé d'une de ces relations cliniques.

Par l'emploi de l'huile de Chaulmoogra, j'ai pu observer ce qui suit :

1° Dans des cas de lèpre ayant plus de quatre ans d'existence, on peut obtenir la diminution de beaucoup de tubercules, la disparition com-

plète d'autres, et la guérison de divers ulcères des jambes (cicatrisation complète), en employant le médicament en doses croissantes et décroissantes employées alternativement, depuis cinq gouttes par jour jusqu'aux limites de la tolérance du médicament, limites qui se manifestent par des symptômes généraux variés et surtout par de violents vomissements (doses journalières de 300 gouttes et plus).

2° Les symptômes généraux et cachectiques de la lèpre ont disparu complètement en employant des doses moyennes, pendant plusieurs mois;

3° Les effets véritables et bienfaisants du traitement ne s'obtiennent qu'à l'aide de doses moyennes et fortes, et lorsque celles-ci peuvent être supportées pendant longtemps;

4° Lorsque se présente l'intolérance de la médication, on obtient malgré cela (dans des cas moindres, il est vrai), des effets sensiblement bienfaisants, avec des doses relativement petites;

5° Comme, presque toujours, j'ai perdu de vue les malades au bout de quelques mois, alors qu'ils étaient déjà tous dans un état plus satisfaisant, immensément soulagés, je ne puis assurer si, avec un plus long traitement, on pourrait obtenir la guérison complète de la maladie, qui s'acheminait pourtant vers la fin;

6° A l'aide de l'huile de Chaulmoogra, donnée à hautes doses, j'ai soulagé l'état général et certaines lésions (tuberculeuses et ulcéreuses) de quelques malades atteints de la lèpre depuis plus de douze ans, et qui étaient presque moribonds;

7° Malgré ce qui est dit plus haut, ces malades, ainsi que cela arrive d'ordinaire, ont succombé plus tard aux ravages de complications viscérales, et surtout aux complications de l'appareil respiratoire, survenues malgré le traitement employé, lequel pourtant avait été retardé par ces complications;

8° En employant l'huile de Chaulmoogra sur des lépreux malades depuis moins de deux ans, j'ai observé, au bout de trois mois, la disparition de beaucoup de tubercules, et une amélioration sensible dans l'état général, jusqu'au point de leur permettre de s'adonner complètement à leurs occupations habituelles.

En résumé et de tout ceci, on peut déduire que l'*huile de Chaulmoogra employée à grandes doses, supportées, est un agent véritablement utile pour le traitement de la lèpre, bien que, à notre avis, il soit inférieur comme action à d'autres agents connus.*

Emploi du tanin, à hautes doses, pour l'usage interne.

J'ai dit au commencement de ce travail, que peu de jours avant mon retour dans mon pays, après mon séjour à l'hôpital Saint-Louis, j'avais demandé à mon distingué maître, le Dr Besnier, quel était, selon lui, le meilleur moyen que je devais employer pour soigner avec quelque succès les lépreux de ma région. Selon son conseil, je me suis décidé à les soigner à l'aide du tanin, administré à hautes doses internes. Je pratiquai ce traitement avec un premier malade, employant progressivement cette substance, lui administrant quelques centigrammes pendant les premiers jours, pour arriver au bout de quinze à vingt jours à lui faire prendre quelques grammes dans la même journée. Les malades supportaient asssez bien les petites doses, mais ils revenaient tous, après peu de jours, accusant de violents symptômes d'intolérance gastro-intestinale, d'abord pour le médicament seul, et ensuite pour les aliments eux-mêmes.

Ceci s'explique d'une façon rationnelle, alors qu'il s'agit de personnes qui habitent des pays méridionaux, ayant le renom d'être tempérés, mais qui en réalité, sont des pays chauds pendant une bonne partie de l'année, pays où le caractère des maladies se distingue par la note dominante de la susceptibilité de l'appareil digestif et la fréquence des maladies gastro-intestinales et hépatiques. Les mêmes médicaments, qui sont généralement employés dans la thérapeutique pour l'usage interne, ne peuvent souvent pas être supportés aux doses auxquelles on les administre ordinairement en France, et surtout en Allemagne.

Il en est de même pour les aliments et surtout pour les condiments et les boissons alcoolisées dont on ne peut faire usage à Valence (Espagne), dans les mêmes proportions qu'à Paris, par exemple. La meilleure preuve que je puisse en donner, c'est de citer un exemple personnel.

Les premiers jours de mon arrivée à Paris, lors de mon premier séjour, il m'était impossible de manger et de boire d'une manière indéterminée les aliments et les boissons (vin et eau) qui étaient servis sur la table de la maison où j'habitais. Si je mangeais et buvais beaucoup, je souffrais de l'appareil digestif; si je buvais et mangeais peu, je tombais d'inanition, et la soif me tourmentait. Si je mangeais comme dans mon pays (un seul repas très substantiel et un premier déjeuner très léger), je me débilitais. Cela attira même l'attention du Dr Guibout, dans les premiers jours que j'assistais aux cours de Saint-Louis, et il me conseilla même de retourner dans mon pays. Le froid s'était emparé

de mon corps, mal soutenu. Pourtant peu à peu je finis par m'acclimater et par absorber les mêmes quantités de nourriture, consommées par la moyenne des habitants de Paris, et mes tracas d'alimentation prirent fin.

Cet exemple explique la débilité relative de l'appareil digestif des habitants de mon pays et les difficultés que je rencontrai pour administrer, dans la province de Valence, le *tanin à l'intérieur à hautes doses, dans le traitement de la lèpre.*

Malgré ce que je viens de dire, je continuai à donner du tanin pendant un mois environ à quelques-uns des lépreux et ceux-ci ne s'en trouvaient pas mal dans leur état général (symptômes fébriles de la lèpre). Ces phénomènes disparaissaient alors que les troubles gastro-intestinaux augmentaient, provoqués par l'usage du médicament.

Je dus à la fin cesser les tentatives faites pour employer le tanin à hautes doses comme médication interne.

Le soulagement léger ou moyen que j'ai pu obtenir dans les symptômes généraux de la lèpre, grâce à l'emploi du tanin, mérite de fixer notre attention, aujourd'hui qu'il existe d'autres traitements, suivis selon notre manière de voir d'un grand succès, et qui peuvent confirmer la raison d'être de cette méthode, ainsi que l'utilité du conseil que le Dr Besnier m'avait donné, si j'avais pu le mettre en pratique dans un pays plus froid et en contact avec des appareils digestifs plus tolérants.

Tout le monde sait que le tanin se transforme à l'intérieur de l'organisme, en acide gallique, agent de réduction de plus ou moins d'intensité, mais enfin agent de réduction. Son action est comparable à celle de la résorcine, l'ichtyol sodique, le sulfo-ichtyolate d'ammoniaque, à l'acide pyrogallique lui-même, la chrysarobine, etc., etc., et les multiples produits de la même série, employés par Unna, dans son traitement de la lèpre, dont nous nous occuperons plus tard.

Le tanin, converti en acide gallique, n'agirait-il pas à l'intérieur de l'organisme, indirectement, comme le font par exemple, avec profit dans la lèpre, l'ichtyol, le sulfo-ichtyolate d'ammoniac et la résorcine, ces agents employés intérieurement?

Si cette hypothèse rationnelle se confirmait, combien n'aurait pas eu raison, M. Besnier, mon cher maître, alors qu'il me conseillait l'emploi du tanin comme médicament interne, dans le traitement de la lèpre.

N'aurais-je pas peut-être obtenu des résultats supérieurs si j'avais trouvé aussi des estomacs et des intestins tolérants?

Je crois que ce mode de traitement mérite la peine d'être étudié dans d'autres circonstances que celles dans lesquelles je me suis trouvé, et dans des climats froids, sur les lépreux de Norvège, par exemple.

J'ai lu, et je regrette sincèrement en ce moment ne plus savoir où,

qu'un médecin brésilien, dont le nom m'échappe aussi, dit avoir employé avec succès dans la lèpre, l'acide pyrogallique, comme traitement interne (?) La chose me paraît hasardée, et quant à moi, je n'ai jamais voulu l'administrer dans la lèpre, sous ma responsabilité. Mais dans certaines circonstances, nous devions chercher la confirmation du fait. Les effets toxiques de l'acide pyrogallique sont à redouter; mais rationnellement, on peut supposer que du moment où la résorcine administrée en médication interne produit de bons effets pour la lèpre, il doit en être de même de l'acide pyrogallique employé de la même façon. D'autre part, du moment que nous donnons comme certain l'effet bienfaisant de l'acide pyrogallique administré intérieurement, il est rationnel de croire que l'usage du tanin est aussi bienfaisant pour le traitement de la lèpre, attendu que, d'après ce que nous avons supposé, le tanin se transforme en acide gallique, et celui-ci est proche, de par ses propriétés chimiques, de l'acide pyrogallique. Il l'est peut-être aussi de par ses propriétés thérapeutiques, employé pour la lèpre.

Pour ma part, je puis dire que j'ai obtenu un soulagement relativement considérable dans les lésions locales et dans l'état général d'une lépreuse, peu de jours après qu'elle était intoxiquée, et qu'il s'était produit des phénomènes assez intenses accusant l'action générale de l'acide pyrogallique et son absorption après l'emploi d'un pansement par occlusion, fait avec un emplâtre d'acide pyrogallique, sur un groupe de grands tubercules lépreux. Tant que les tubercules ne furent pas ulcérés par l'action de l'acide pyrogallique, il n'y eut pas intoxication. Quand les ulcères se produisirent, il y eut absorption, intoxication et, plus tard, soulagement des symptômes généraux de la lèpre et *diminution du volume des autres tubercules sur lesquels on n'avait pas appliqué directement l'emplâtre*. Mais comme l'intoxication accidentelle par l'acide pyrogallique avait mis la malade en danger de mort, je ne me suis pas risqué à employer, par la suite, l'acide pyrogallique, en cherchant volontairement à obtenir son action générale, soit par la voie gastrique, soit par absorption cutanée.

J'appelle l'attention des illustres lecteurs sur ce point, qui peut nous donner la clef, dans le traitement de la lèpre, de l'utilité des divers remèdes qui pourraient avoir une action semblable ou analogue.

Emploi des agents dits de « réduction ». Traitement du Dr Unna.

A peine de retour dans mon pays, je tentai de mettre en pratique la méthode de traitement de la lèpre qui est employée par Unna par l'usage de plusieurs des agents dits de réduction.

Tout le monde connait, ou tout au moins, les dermatologistes qui se soucient d'être au courant des progrès de la dermatologie, savent que le Dr Unna a publié un cas de guérison de la lèpre, qui a été reproduit par les *Annales de Dermatologie* (1886, p. 22). Mon idée, en ce moment, est de confirmer la véracité des observations de Unna, de la rendre publique et d'honorer l'illustre dermatologiste. En même temps, j'ai pour but de procurer, par cette publicité, un soulagement à l'humanité souffrante.

Mon désir serait que des professeurs autorisés voulussent bien vérifier l'exactitude de ces faits et fassent connaître un plus grand nombre de cas cliniques, favorables ou contraires, quel que soit le résultat obtenu, exposant les circonstances particulières à chacun d'eux.

Les résultats obtenus par moi, avec les remèdes conseillés par Unna, ne diffèrent pas au fond de ceux que lui-même rendit publics et présenta dans son cas de guérison de la lèpre.

Malgré cela, ainsi qu'on pourra le voir dans mes conclusions, je ne veux pas dire qu'ils aient été obtenus dans l'espace de temps signalé par Unna ni dans des conditions identiques. De même, tous les cas n'ont pas obtenu un succès aussi complet que l'auteur veut bien l'indiquer.

Pourtant, au fond, la vérité est toujours sauvegardée et l'expérience confirme la manière de procéder de Unna.

Les substances employées par moi, comme usage interne, sont les suivantes :

Ichtyol,
Sulfo-ichtyolate d'ammoniaque,
Résorcine;

Celles employées à l'usage externe :

Ichtyol,
Sulfo-ichtyolate d'ammoniaque,
Résorcine,
Acide pyrogallique,
Chrysarobine,
Acide sulfo-ichtyolique.

La moyenne du temps qu'a duré le traitement a été de six à dix-huit mois.

Le nombre des malades traités par moi avec ces substances employées *intra* et *extra* est supérieur à cinquante.

Parmi ces cinquante malades, les uns suivirent un traitement régulier

atteignant six ou huit mois. D'autres cessèrent le traitement dès le premier mois. Certains le suivirent pendant beaucoup plus longtemps (un an), et l'un d'eux même continua le traitement pendant dix-huit mois.

Il y a de ces malades qui se sont soumis au traitement pendant un an, mais d'une façon irrégulière et à intervalles distincts. Pendant le traitement, deux sont morts (lèpre tuberculeuse ayant plus de douze ans d'existence, lèpre mixte de plus de dix ans d'existence); tous deux étaient cachectiques et présentaient des syndromes thoraciques et gastro-intestinaux.

Beaucoup de ces malades se sont trouvés soulagés après un ou deux mois de traitement; d'autres, au bout de quatre, cinq ou six mois, après lesquels je ne les ai plus revus. Aucun d'eux ne vit sa lèpre s'étendre après deux mois de traitement et pendant la durée de celui-ci. L'un d'eux (lèpre anesthésique mutilante), auquel j'ai donné son exeat il y a plus de huit mois (lèpre de plus de quinze ans, un an de traitement continu). Un autre (lèpre tuberculeuse, dix-huit mois de traitement) a guéri. Un troisième (dix mois de traitement, lèpre de deux ans, forme tuberculeuse), à qui il ne reste que des traces de tubercules au menton et au sillon naso-labial.

Pour la plupart, ces malades étaient pauvres et, ne pouvant pas supporter les dépenses du traitement (médicaments), ils cessèrent de venir me voir, après avoir été considérablement soulagés. Je n'ai pas eu de leurs nouvelles depuis, mais je n'ai pas, non plus, appris leur mort.

Je voudrais bien pouvoir transcrire, à la suite, tous les détails des histoires cliniques de ces malades, mais cela serait excessivement long.

Mais, dans le but de permettre aux illustres lecteurs de cette simple notice d'embrasser d'un coup d'œil les conditions des malades sur lesquels j'ai pratiqué cette expérience clinico-thérapeutique, j'ai dressé, à la suite, le tableau synoptique suivant :

I. — Antonio R..., né à Xérès (Valence). — Lèpre mixte depuis cinq ans.

Après cinq mois de traitement, soulagement notable, guérison d'ulcères. Disparition de nombreux tubercules, diminution de volume d'autres. Soulagement dans l'état général.

II. — Joaquin S. V..., né à Javea (Alicante). — Lèpre tuberculeuse et ulcéreuse depuis deux ans.

Après quatorze mois de traitement, soulagement notable dans l'état général. Disparition des tubercules et ulcères des jambes. Les tubercules de la figure résistent.

III. — Liberato B. S..., né à Signat de Valldigna (Valencia). — Lèpre tuberculeuse, ulcéreuse et anesthésique, depuis plus de dix ans. Lésions viscérales; cachexie.

Après cinq mois de traitement, mort des suites de lésions de l'appareil digestif et respiratoire. Un peu avant la mort, soulagement des ulcères avec tendance à cicatrisation et disparition de quelques-uns des tubercules les plus récents. Diminution des surfaces anesthésiées.

IV. — Santiago O... S..., de Almoines (Valence). — Forme mixte du pemphigus lépreux depuis seize ans. Grandes ulcérations et masses tuberculeuses; cachexie.

Après onze mois de traitement, diminution de volume de nombreux tubercules, disparition complète des plus récents. Tendance à la cicatrisation de quelques ulcères, diminution de surface, vérifiée par la mensuration. Sur la figure, il ne reste que des bribes de tubercules.

V. — Inès Costa Pastor, de Cartarroja (Valence). — Lèpre mixte depuis seize ans. Lésions trophiques mutilantes des mains.

Au bout de deux mois, légère diminution de quelques tubercules de la figure, les plus récents.

VI. — José L. M..., de Benicarlo (Castellon). — Lèpre tuberculeuse depuis deux ans.

Traitement en diverses fois, puis interrompu. Durée totale, deux ans; durée réelle, environ un an. Le malade se trouve parfaitement bien. Actuellement il n'a plus qu'un petit groupe de tubercules sur le sillon mento-labial. Ces tubercules se sont produits à nouveau pendant une longue interruption du traitement.

VII. — Père Zacarias (E.), franciscain, à Concentaina, Alicante (Valence). — Lèpre tuberculeuse depuis dix à douze mois. On peut encore voir les érythèmes initiaux. Première période de la maladie. Lésions rudimentairement tuberculeuses sur les bras, mains, jambes, pieds et figure.

Après trois mois, diminution des tubercules et taches de la figure et des bras. Ceux des mains résistent aux traitements.

VIII. — Julian B..., de la province de Valence. — Lèpre tuberculeuse et anesthésique depuis deux ans.

Le traitement a été interrompu diverses fois; durée totale, sept mois, mais en réalité quatre mois. Diminution du volume des tubercules; disparition d'un petit nombre desdits. Diminution de l'extension des surfaces anesthésiées.

IX. — Rosa P. M..., née à Valence. — Lèpre tuberculeuse depuis trois ans.

Après trois mois, disparition de la majeure partie des tubercules, des jambes et des bras. Résistance de ceux de la figure. Sans motif connu, abandonna le traitement. Mourut un an après, mais j'ignore la cause de la mort.

X. — Cristobal Olivas Cebrian, prêtre, né à Villaquemada (Teruel). Habite à Valence. — Lèpre tuberculeuse depuis six ans. Productions trophiques des

pieds provenant de l'influence nerveuse. Cécité produite par diverses lésions d'origine lépreuse (lèpre oculaire). Mauvais état général. Masses tuberculeuses innombrables sur la figure, les bras, mains, jambes et pieds produisant un effet repoussant.

Après dix-huit mois, disparition complète des tubercules de la figure, mains, bras, jambes et pieds, les uns remplacés par des cicatrices chéloïdiennes, les autres par de bonnes cicatrices ; les tubercules les plus récents disparurent par résorption. Le malade a recouvré la vue, il présente quelques opacités de la cornée. Bon état général. Il reste certaines difficultés pour les mouvements dans les articulations tibio-tarsiennes.

XI. — Vicenta R..., de Llauri (Valence). — Lèpre tuberculeuse depuis quatorze ans. Masses immenses de tubercules sur les mains et avant-bras, quelques-unes sur les bras, sur les cuisses, jambes et pieds. Lésions oculaires produites par les tubercules lépreux. Difficulté de vision en raison d'opacités. État général ordinaire (la malade appartient à la classe aisée).

Après seize mois, disparition des tubercules les plus récents. Résistance énorme des plus anciens. Cicatrices chéloïdiennes se substituant à quelques tubercules. Il reste d'immenses masses tuberculeuses qui résistent à tous les agents de réduction. La difficulté de la vision diminue. On voit encore, après beaucoup de mois de traitement, des nodules fibreux dans l'iris et la choroïde. Conservation du bon état général. Il ne se présente pas un seul tubercule nouveau pendant la durée du traitement. Dans l'idée d'attaquer les anciennes masses tuberculeuses, on y applique des emplâtres, contenant 20 p. 100 d'acide pyrogallique. Grâce à cela, on arrive à pouvoir ulcérer certaines surfaces tuberculeuses. J'avertis la malade qu'elle cesse l'emploi du remède. Mais la malade, satisfaite du résultat obtenu, continue à faire usage de l'acide pyrogallique (usage externe sur de grandes surfaces ulcérées) et elle éprouve les graves phénomènes d'intoxication, lesquels mettent sa vie en danger. On parvient à la sauver et à la suite de cet accident, *on observe une certaine diminution de quelques tubercules sur lesquels il n'avait pas été appliqué d'emplâtres pyrogalliques*. La malade, quoique soulagée, conserve pourtant l'aspect général des lépreux.

XII. — Teresa C..., de Vergel (Valencia). — Lèpre maculeuse et tuberculeuse, depuis un an et demi. Taches et tubercules sur la figure les avant-bras, les mains, jambes et les pieds. Une petite surface anesthésiée.

Onze mois en tout, mais le traitement a été interrompu. En réalité, elle ne suivit le traitement que pendant quatre mois. Diminution de volume de quelques tubercules et surtout des parties anesthésiées. Violente dermite produite par les agents thérapeutiques. Peau intolérante à tous les topiques employés.

XIII. — Eduardo P. J..., de Parcent (Alicante). — Lèpre tuberculeuse et anesthésique, forme complète ou mixte depuis six ans. Tubercules abondants sur la figure, les avant-bras et mains, les jambes et pieds. Zones anesthésiées sur les avant-bras et les jambes.

Le traitement a été interrompu différentes fois ; durée réelle, trois mois. Diminution de volume des tubercules des avant-bras et des mains. Diminution

de l'étendue de quelques zones anesthésiques. Résistance énorme au traitement des tubercules de la figure et des jambes (parties qui, habituellement, ne sont pas recouvertes par les vêtements). A la fin, il ne reste sur la figure que quelques infiltrations tuberculeuses. Sur les jambes, quelques taches et traces de l'existence antérieure des tubercules.

XIV. — Maria L. B..., de Valence. — Lèpre tuberculeuse et anesthésique depuis plus de six ans. Énorme facies léonin. Grandes déformations des mains et des pieds, par suite de grandes masses tuberculeuses. Ulcérations étendues des membres. Mauvais état général.

Cinq mois de traitement intermittent. Durée réelle du traitement, trois mois. Obtenu très peu de résultats. Diminution de surface des ulcères et des pieds. Soulagement de l'état général. Peau et voies gastriques intolérantes aux médicaments. Pour ces raisons, fréquentes interruptions dans le traitement.

XV.— Consolacion Z..., née à Orba (Alicante). — Lèpre tuberculeuse et anesthésique depuis douze ans. Macules érythémateuses, peu de tubercules aux jambes, bras, avant-bras et figure. Zones anesthésiques sur les jambes.

Quatre mois de traitement avec de légères interruptions. Disparition complète des tubercules des extrémités, sauf un petit groupe de tubercules à la jambe gauche. Sur la figure, il reste quelques traces à peine perceptibles de tubercules. Sur les jambes, c'est à peine si on peut constater l'anesthésie sur quelques points. La malade, sans aucunes raisons, a abandonné complètement le traitement. Il n'a pas été possible de tenter la guérison complète de la malade, dont actuellement je n'ai pas de nouvelles.

XVI. — José T..., de Castellon de Ruat (Valence). — Lèpre tuberculeuse depuis sept ans. Immenses masses tuberculeuses, disséminées sur tout le corps, spécialement sur la figure et aux extrémités. Mauvais état général. Ulcères des oreilles.

Après trois mois et demi, diminution du volume des tubercules les plus récents de la figure. La cicatrisation des ulcères des oreilles commence. Plus tard, la maladie reste stationnaire sans tendance à s'améliorer pas plus qu'à empirer.

XVII. — Francisco Guerri, de Parcent (Alicante). — Lèpre anesthésique tropho-neurotique, névritique depuis huit à dix ans. Aspect caractéristique de la figure des lépreux de la forme anesthésique. Contractions du facies. Irido choroïdite sans productions lépreuses. Difficulté de la vue, probablement à cause de perturbations nerveuses de la rétine (fonctionnelles). Conjonctivite d'aspect catarrhal chronique, d'origine lépreuse. Membres supérieurs et inférieurs complètement anesthésiés depuis la moitié des bras jusqu'aux doigts inclus et depuis la moitié des cuisses jusqu'aux pieds inclus. Le malade n'a pas conscience de la dureté ou de la mollesse du sol, s'il est égal ou inégal, de la chaleur ou du froid. Il se blesse fréquemment les pieds lorsqu'il marche. Le malade, qui est fumeur, se brûle les moignons des doigts des mains sans s'en apercevoir. Mutilations des premières et secondes phalanges des doigts, des mains et des pieds, qui n'existent déjà plus au commencement du traitement. Ulcères tropho-neurotiques aux mains et aux pieds. Au moment de commencer le traitement,

ostéo-périostite de la première phalange du doigt médius de la main gauche. Nécrose. Élimination de la phalange.

Après seize mois, le malade reprend la figure d'une personne saine. Disparition de toutes les lésions oculaires sous l'influence du traitement interne, vision naturelle. La photophobie a disparu. Guérison de la conjonctivite, sous l'influence du traitement interne. Le malade recouvre peu à peu la sensibilité de la peau des bras et avant-bras, cuisses et jambes. Il sent ses mains (il ne se brûle plus avec ses cigarettes, sans s'en apercevoir, comme auparavant). Il sait si le sol est égal ou inégal, dur ou mou, chaud ou froid. Ces régions circonscrites et limitées de l'anesthésie des mains et des pieds doivent être attribuées à des lésions de cicatrices définitives des nerfs des mains et des pieds. Après un mois de traitement et l'élimination de la phalange nécrosée dont nous avons parlé, tous les processus mutilants cessent. Cicatrisation complète des ulcérations tropho-neurotiques des mains et des pieds. Le malade, qui n'est plus soigné depuis déjà dix mois, se porte parfaitement et s'occupe de ses affaires (commerçant d'articles en sparterie). Je l'ai rencontré en chemin de fer, au mois de septembre dernier; il était parfaitement bien, les effets du traitement antérieur se continuant. Il lui reste seulement les cicatrices et les mutilations précitées, et certaines anesthésies que je suppose devoir être définitives, aux mains et aux pieds. L'état général est excellent. Peut-on appeler cela la guérison de la lèpre?

XVIII. — Demetrio T.-G..., Orba (Alicante). — Lèpre tuberculeuse et anesthésique, depuis deux ans. Petits groupes de tubercules, sur la figure (huit ou dix grands tubercules), jambe gauche, avant-bras gauche. Sur la jambe droite, il y a aussi quelques petits groupes de tubercules. Anesthésie de la peau des jambes.

Au bout de cinq mois, disparition complète des tubercules des avant-bras et jambes, à l'exception d'un reste ou traces de tubercules qui subsistent dans le sillon mento-labial et au menton et qui ne veulent pas disparaître. De même pour une petite induration diffuse qui reste au col du pied gauche. Le malade cesse le traitement, parce que, dit-il, je l'ai trompé; que je devais le guérir avant quatre mois et qu'il y en a déjà cinq qu'il suit le traitement; que malgré cela il lui reste encore quelque chose à la figure et à la jambe (!). C'est un paysan grossier, sans aucune instruction, et qui n'a aucune idée de la maladie dont il souffre. Je ne l'ai jamais revu.

XIX. — Maria Rosa C..., née à Orba (Alicante). — Forme tuberculeuse depuis quatre ans. Immenses masses tuberculeuses sur la figure, les cuisses, jambes et pieds, bras, avant-bras et mains; mauvais état général qui, en réalité, n'a duré que trois mois.

Cinq mois avec interruptions fréquentes du traitement. Au commencement et pendant un mois et demi, aucune amélioration sensible; plus tard, avec l'application d'autres topiques, ulcération profonde de beaucoup de tubercules et plus tard guérison par cicatrisation. État stationnaire de la maladie jusqu'à la fin du traitement. Le bien-être général augmente seul.

XX. — Pascual B. R..., de Valldo Laguaret (Alicante). — Lèpre anesthésique depuis trois ans. Anesthésie des mains, avant-bras, petit doigt du pied droit. Augmentation et diminution de la sensibilité des tissus de la plante du pied droit. Taches anesthésiques sur les jambes.

Au bout de huit mois, la sensibilité revient complètement dans les avant-bras jusqu'aux poignets et jusqu'au tiers inférieur des jambes; à l'aide de topiques, on fait disparaître les callosités des pieds. Ce malade suivait encore le traitement quand j'ai quitté mon pays. Certaines parties des mains et les plantes des pieds restent peu sensibles.

XXI. — Pascual R. S..., Murla (Alicante). — Lèpre anesthésique et tuberculo-ulcéreuse à un haut degré, généralisée, depuis quatorze ans.

Après un mois, aucun symptôme appréciable d'amélioration. Le malade n'a pas d'espoir dans la possibilité de soulagement et ne veut pas continuer le traitement. Il est pauvre.

XXII. — German P. P..., né à Orba (Alicante). — Lèpre mixte deux ans. Anesthésie sur les jambes et les pieds; légère hyperesthésie sur les mains et les avant-bras; groupes de tubercules sur la figure, partie postérieure du bras droit, coude du même côté et sur les jambes. Érythème livide sur les mains et les pieds.

Après cinq mois, traitement interrompu à diverses reprises, diminution des érythèmes, de la couleur livide et des hyperesthésies. Plus tard, et peu à peu, les tubercules disparaissent, il ne subsiste que des restes sur la figure; quelques tubercules résistants au coude droit et au tiers inférieur de la jambe. C'est à peine s'il reste quelques surfaces anesthésiées et un léger endurcissement des sourcils et du front.

XXIII. — Juan M. M..., de Valldo Laguart (Alicante). — Lèpre mixte depuis deux ans et demi. Il existe très peu de tubercules. Œdème des pieds et du tiers inférieur des jambes. Anesthésie des membres supérieurs et inférieurs.

Après cinq mois de traitement interrompu, amélioration sensible des phénomènes anesthésiques. L'œdème diminue et plus tard disparaît. Les tubercules diminuent lentement par absorption et à la fin du traitement il n'en reste que quelques-uns. Plus tard disparition de tous les phénomènes anesthésiques, à l'exception de quelques parties des pieds. Ce malade n'a pas continué le traitement.

XXIV. — Vicenta M. L..., de Valldo Laguart (Alicante). — Lèpre mixte, depuis quatre ans. Taches anesthésiques, hyperesthésie, érythème étendu des membres supérieurs et inférieurs. Masses tuberculeuses sur les jambes (infiltrations diffuses). Œdème des membres inférieurs, fièvre vespertine, cachexie.

Après trois mois de traitement interrompu, la malade obtient un notable soulagement, la fièvre et l'œdème disparaissent; l'état général s'améliore. La grandeur des zones anesthésiées diminue. Disparition de l'hyperesthésie cutanée. Pendant l'une des interruptions du traitement, la malade revint presque à l'état dans lequel elle se trouvait avant de commencer ledit traitement. L'amélioration revient pendant une nouvelle période de traitement. La malade, qui est très pauvre, cesse ensuite de se soigner. J'ignore si elle vit encore.

XXV. — Maria Rosa J. R..., de Pego (Alicante). — Lèpre mixte depuis cinq ans. Tubercules ulcéreux sur la figure et le nez. Érythème livide sur la figure. Tubercules et taches anesthésiques sur les avant-bras. Tubercules et zones

anesthésiées sur les jambes et les pieds. Conjonctivite et tubercules dans l'iris; et taches et opacités dans la cornée.

Après un mois de traitement imparfaitement suivi, on n'a obtenu aucun résultat appréciable.

XXVI. — José S. C..., né à Benidoleig (Alicante). — Lèpre mixte. Prédominance des symptômes nerveux. Grande anesthésie des mains, avant-bras et bras; quelques tubercules disséminés sur ces mêmes points. Sur la figure, tubercules disséminés. Sur les jambes et les pieds, œdème et taches livides étendues; infiltrations diffuses des doigts de pieds. Tubercules disséminés sur les mêmes parties et sur la partie antérieure de la poitrine. Il ne m'a pas été possible de contrôler depuis combien de temps le sujet souffre de cette infirmité. Il est bègue, a beaucoup de difficulté pour parler et est à moitié idiot.

Le traitement a duré sept mois avec quelques interruptions. Notable diminution du volume des tubercules de toutes les parties du corps recouvertes par les vêtements; ceux de la figure diminuent aussi, mais beaucoup moins. (J'ai observé ce fait fréquemment.) Serait-ce dû à l'action directe de l'oxygène de l'air? Disparition des œdèmes, diminution des infiltrations tuberculeuses des pieds. Les parties anesthésiées restent réduites aux mains et aux pieds.

XXVII. — José J. G..., né à Jalon (Alicante). — Lèpre mixte depuis quatre ans. Tubercules disséminés et taches érythémateuses et anesthésie aux bras, avant-bras et mains; tubercules disséminés et taches bleuâtres sur les jambes; croûtes et écailles; tubercules ramollis sur les jambes et les pieds. Pemphigus lépreux sur les jambes.

Traité pendant un mois; je n'ai vu le malade qu'une seule fois après la première ordonnance; le résultat obtenu était nul. Sans cause connue, ce malade a cessé de se soigner. Je n'ai plus entendu parler de lui.

XXVIII. —Vicente B. M..., de Walldo Laguart (Alicante). — Lèpre systématisée nerveuse (forme déformante) depuis six ans. Atrophie des muscles des mains. Déformations et rétractions des doigts. Anesthésie de la moitié inférieure des bras, des avant-bras et mains. Anesthésie de la moitié inférieure des cuisses, des jambes et des pieds. Productions cornées de la paume des mains et de la plante des pieds. Suppression de la transpiration sur toutes les régions anesthésiées. Ce malade est de l'espèce de ceux qu'on nommait lépreux gafos dans l'ancienne langue espagnole (Lois des rois catholiques, 1490 environ). Sur la réclusion et l'isolement des lépreux. (Voir le « mémoire sur la lèpre » de Poquet, médecin de Parcent, qui doit se trouver aux Archives de la députation provinciale d'Alicante.)

Au bout de dix mois, peu à peu la sensibilité revient dans les parties engourdies; actuellement elle est complète dans les bras et avant-bras, dans les cuisses et les jambes.

La sensibilité est incomplète, endormie dans les mains et les pieds. Le malade distingue le froid de la chaleur, les conditions physiques des corps. Les rétractions des mains ont diminué à tel point que le malade peut se servir des outils nécessaires pour travailler dans les champs, bien qu'il ne le fasse qu'avec une certaine maladresse. La transpiration cutanée revient dans les membres où avant elle était supprimée. Diminution considérable des callosités

et productions cornées des mains et des pieds. Il reste naturellement les difformités produites par les rétractions persistantes dans les mains et une certaine anesthésie de ces membres et des pieds.

XXIX. — Fernando S..., de Pego (Alicante). — Lèpre systématisée nerveuse pure depuis deux ans. Érythème et anesthésie caractéristiques sur les avant-bras, mains, jambes et pieds.

Après quatre mois de traitement incomplet avec longues interruptions, la sensibilité revient sur de petites parties des grandes surfaces anesthésiées; le malade a abandonné complètement le traitement.

XXX. — Josefa M. J..., née à Orba (Alicante). — Lèpre mixte depuis douze ans. Atrophies musculaires et déformations trophiques des os des mains. Anesthésie des avant-bras et des jambes. Dans cette partie des extrémités inférieures, pemphigus lépreux, ulcères par ramollissement de masses tuberculeuses, infiltration diffuse, ulcérations de caractère tropho-neurotique, gangrènes, trajet fistuleux par suite de caries osseuses, absorptions des masses osseuses, para-ostéite raréfiante, etc., etc. Grandes difformités du pied. Cachexie.

Au bout de cinq mois, l'état général s'améliore passagèrement, ainsi que la suppuration des ulcères. Plus tard, il se produit de violentes névralgies dans les jambes, pieds, avant-bras, coudes, bras, qui l'empêchent de continuer le traitement. La maladie reste stationnaire pendant quelque temps, puis le mauvais état général reparaît. J'ai perdu de vue la malade depuis quelques mois.

XXXI. — Vicente F. S..., de Beniarbieg (Alicante). — Lèpre mixte depuis un an. Petits groupes de tubercules sur les avant-bras et jambes. Infiltration diffuse de tubercules dans les régions frontale et sourcilière. Anesthésie sur les mains, avant-bras et pieds.

Le traitement a duré trois mois avec une interruption d'un mois. Diminution de volume des régions sourcilières et de la dimension de quelques tubercules des avant-bras et des jambes. Les zones anesthésiées des avant-bras descendent un peu. Le malade a complètement abandonné le traitement.

XXXII. — Antonio D. I..., de Pedreguer (Alicante). — Lèpre tuberculeuse depuis huit ans. Infiltration tuberculeuse diffuse des sourcils, du nez et des joues, groupes de tubercules plus distincts sur ces mêmes points. Tubercules gros et groupés au menton. Groupes de tubercules sur les avant-bras. Membres infiltrés et livides. Infiltration diffuse des jambes, ulcères et œdèmes.

Après deux mois, diminution évidente de l'infiltration tuberculeuse des régions sourcilières. Diminution du volume des tubercules de la figure et de quelques autres points du corps. Amélioration des ulcères. Ce résultat a été obtenu à la fin du premier mois. Plus tard, arrêt dans l'état de la maladie; on n'observe pas d'amélioration sensible. Le malade a cessé de se soigner.

XXXIII. — José C. S..., de Pedreguer (Alicante). — Lèpre mixte depuis douze ans. Maladie extraordinairement violente. Cachexie.

Après deux mois, aucun bon résultat n'est observé.

XXXIV. — Domingo E. C.., de Pedreguer (Alicante). — Lèpre tuberculeuse

depuis deux ans. Manifestations sur la figure et sur les membres. Sur les jambes, infiltrations diffuses, ulcères, œdème.

A été traité deux mois, avec interruption de vingt jours du traitement externe. — Cicatrisation complète de quelques ulcères; d'autres s'acheminent vers la cicatrisation. Plus tard, et malgré le manque de traitement externe, quelques-uns des tubercules qui s'étaient présentés les derniers disparaissent aussi, ce qu'on doit attribuer à la médication interne.

XXXV. — Antonio C. S..., Pedreguer (Alicante). — Lèpre tuberculeuse et anesthésique depuis sept ans. Grande infiltration tuberculeuse des sourcils et du front donnant au malade un air étrange. Tubercules sur la figure et sur les membres. Sur les mêmes points, zones anesthésiées.

Deux mois en traitement. Après un mois de traitement, on remarque une certaine diminution dans le volume des sourcils et dans la taille des tubercules du front. Plus tard, on observe une certaine amélioration dans les productions tuberculeuses récentes, sur les jambes.

Les autres observations cliniques ne présentent pas un plus grand intérêt que celles décrites ci-avant. Elles ressemblent toutes à celles-ci, c'est pourquoi je n'ai pas voulu importuner pendant plus longtemps les illustres auditeurs. Mais je dois dire pourtant que je n'ai pas fait de sélection pour celles qui sont présentées. Je les ai inscrites les unes après les autres, telles qu'elles sont arrivées entre mes mains.

Je n'ai fait d'exception que pour les cas de Francisco Guerri et de Cristobal Olivas, qui me parurent trop importants pour ne pas les livrer à la publicité, de préférence à d'autres.

Ainsi qu'on le voit par les notes cliniques ci-jointes, nous ne pouvons faire mieux que de féliciter, en premier lieu, l'éminent Dr Unna d'avoir été le premier à faire connaître ce traitement de la lèpre; en second lieu, nous devons nous féliciter nous-mêmes du résultat que nous avons obtenu en mettant en pratique les importants conseils du dermatologiste de Hambourg. Il est vrai que le traitement n'a pas été complet, si ce n'est dans un petit nombre, très petit nombre de cas, mais cela n'a pas été de notre faute. Il faut dire aussi que tous les malades cités dans les notes cliniques étaient complètement libres, maîtres de leurs actions, beaucoup parmi eux étaient ignorants et surtout mal conseillés. En effet, des personnes moins ignorantes qu'eux prétendaient que leur savoir les autorisait à dire que la lèpre était incurable dans tout l'absolu du mot, sans aucune possibilité de soulagement et que celui qui disait le contraire pouvait très bien être un charlatan.

Ces idées ayant produit leur effet sur les malades, furent cause que beaucoup parmi eux cessèrent le traitement, tout en reconnaissant eux-mêmes qu'ils étaient immensément mieux, depuis qu'ils suivaient le

dit traitement. Pour d'autres, la misère, le manque d'argent pour acheter les médicaments, firent qu'ils ne continuèrent pas à se soigner jusqu'à la fin, et ceux-là étaient prêts de recouvrer de la santé. On pourra nous dire que nos observations n'ont pas une valeur absolue, mais à cela nous pouvons répondre que, dans les limites de notre démonstration, nos observations sont dignes d'être prises en considération par le fait qu'elles démontrent la *possibilité d'améliorer constamment les lépreux, avec un traitement suivi et d'une durée indéfinie*. Cette première vérité est démontrée par les observations détaillées dans le cours de ce travail.

Du moment que *différents lépreux, soumis à un traitement de durée variable, plus ou moins bien traités, souffrant de la maladie depuis une époque variable, au commencement du traitement, ont été constamment soulagés pendant la durée de ce traitement*, nous sommes autorisés à dire que : *les malades lépreux, soumis d'une façon constante et pour un temps indéfini à l'action interne et externe des agents dits de réduction, précités, s'acheminent constamment vers la santé et s'éloignent progressivement de la mort, causée par la lèpre et ses complications ordinaires.*

Pourtant nous devons confesser que notre généralité a une restriction, si nous voulons être logique dans *notre* raisonnement et parfaitement d'accord, avec les conséquences qui découlent des faits cliniques présentés.

En effet, le traitement ne semble pas avoir le pouvoir d'*arrêter* l'existence fatale des lésions viscérales produites dans les dernières périodes de la maladie de Saint-Lazare; la conclusion antérieure ne serait donc applicable qu'aux lépreux encore indemnes desdites complications tardives localisées à l'intérieur du thorax et de l'abdomen.

La proposition citée plus haut suffirait à elle seule pour rendre justice au traitement du Dr Unna, mais là n'est pas seulement tout ce qui peut se dire de cette bienfaisante méthode.

Continuons à analyser :

Si nous nous arrêtons sur quelques-uns des cas observés par moi, nous voyons que la sensibilité revient aux membres endormis auparavant, ceci pour les lépreux de forme anesthésique, et que les hyperesthésies disparaissent aussi dans les mêmes membres quand le malade a fait un usage interne, durant un temps variable, des agents de réduction. En d'autres termes, cela veut dire que les perturbations fonctionnelles produites par le léprome du nerf et la névrite consécutive du voisinage disparaissent avec ce traitement. Mais si la névrite et le léprome du nerf étaient arrivés, par leur ancienneté et leur persistance, à détruire l'élément actif du cordon nerveux, le traitement remplaçant le léprome par un tissu de cicatrice, l'insensibilité persistante sur la

partie innervée par le ou les rameaux nerveux qui en est la conséquence logique existe nécessairement. C'est ce que nous démontre la clinique (voir le cas de Francisco Guerri).

Autre conséquence logique, qui ne demande pas de grandes explications pour être comprise par ceux qui connaissent la lèpre.

La majeure partie des mutilations dont souffrent les lépreux de forme systématisée nerveuse, dépendant de l'influence tropho-neurotique, il est clair que l'*influence* morbigène de la neuropathie cessant, les conséquences de la neuropathie doivent disparaître peu de temps après. La clinique confirme aussi ce fait (voir la même observation de Francisco Guerri).

On pourrait en dire autant des perturbations fonctionnelles et des lésions organiques oculaires que présentent les lépreux qui souffrent de la forme systématisée nerveuse; mais l'explication détaillée de tous ces résultats obtenus et leur interprétation clinico-thérapeutique nous entraîneraient trop loin et hors des limites du travail que je me suis proposé de présenter.

Dans la forme tuberculeuse ordinaire, nous observons, d'une part, l'extrême facilité relative avec laquelle disparaissent par résorption les tubercules récents, sans laisser à peine de traces de leur existence antérieure, et l'extrême facilité avec laquelle disparaissent, la plupart du temps par ulcération et cicatrisation consécutive (cicatrices définitives), les tubercules ou masses tuberculeuses anciens, en employant de forts topiques. L'explication anatomo-pathologique de ces faits nous prendrait trop de temps.

Dans cette même forme de la maladie, et bien que je m'expose à être un peu long, je veux faire constater un fait que j'ai observé avec une fréquence relative, qui n'est pas sans attirer l'attention.

Les tubercules situés dans des parties constamment recouvertes par des vêtements disparaissent plus vite, à conditions égales, que ceux situés sur *des endroits habituellement découverts* (mains, figure). Si les parasites de la lèpre, comme dit Unna, vivent mieux où ils rencontrent plus d'oxygène ; si les malades ont constamment ou presque toujours leur corps couvert de vêtements (isolateurs relatifs de l'influence atmosphérique) ; si les malades, pour sortir dehors, se lavent la figure et les mains, s'enlevant ainsi les préparations composées avec les agents de réduction qui agissent en disputant l'oxygène au parasite ; s'ils ont généralement ces parties à découvert, toutes ces conditions confirment l'action, supposée par Unna, aux remèdes employés par lui dans la lèpre, et la vérité de l'action de l'oxygène en abondance, favorisant le développement du parasite, et avec lui celui de la maladie qu'il produit. Si cela n'est pas

certain, cela le paraît pourtant. Le fait clinique observé par moi presque constamment semble le confirmer.

La guérison des ulcères produits spontanément par la fusion des tubercules et son explication rationnelle clinico-thérapeutique rentrent de droit dans le même ordre de choses.

La guérison des ulcérations d'origine trophique (neuropathiques, gangrènes cutanées des os, etc., ostéo-périostite, nécrose, gangrènes moléculaires, etc., etc.) trouve son explication dans les faits succinctement exposés dans les paragraphes antérieurs.

Dans les formes mixtes (lèpre tuberculeuse et anesthésique), les résultats obtenus s'expliquent par un double ordre de considérations.

Le manque de résultats obtenus chez beaucoup de malades peut s'expliquer soit par l'insuffisance du temps pendant lequel les malades ont été soumis au traitement, soit par les fréquentes interruptions dans ledit traitement. On peut aussi attribuer ce manque de résultats à l'imperfection évidente avec laquelle le traitement fut exécuté dans beaucoup de cas, ou bien encore à l'état d'avancement des lésions consécutives causées par la lèpre pendant le long espace de temps de son développement (six, huit, dix, douze, quatorze ans d'existence antérieure au commencement du traitement). Malgré cela, chez tous les malades qui ont suivi le traitement d'une manière régulière pendant plusieurs mois, je n'ai pas observé un seul cas d'éruption nouvelle pendant la durée du traitement.

J'aurais eu plaisir à présenter quelques histoires cliniques complètes, mais cela ne peut tenir dans les étroites limites de ce travail et de plus, en ce moment, je n'ai à ma portée d'autres notes cliniques que celles présentées précédemment. Les historiques cliniques complets et encore les brèves notes dont je viens de parler, de Francisco Guerri, Cristobal Olivas, Consolacion Z. German P. P., Demetrio T., Vicente B. M., sont dignes d'une attention spéciale et surtout les cas cliniques qui ont trait à Francisco Guerri et Cristobal Olivas. Ceux-ci qui ont suivi un traitement complet peuvent être regardés comme des cas de guérison de la lèpre, *dans le sens prudent avec lequel on doit admettre ce terme, dans le moment scientifique actuel*, ce mot *pris comme indiquant seulement la disparition des accidents morbides observables, et ne supposant ou ne préjugeant quoi que ce soit sur les récidives possibles et bien moins encore sur l'avenir du malade ou de la maladie.*

Malgré ce qui précède, je n'attribue aucune valeur à mon travail, à mes observations et appréciations personnelles, mais seulement, je verrais avec plaisir que quelques-uns de mes savants collègues (et là serait la

récompense de mes efforts) voulussent bien vérifier ces expériences et les juger comme ils le jugeraient convenable et selon leur illustre critérium.

J'ai déjà nommé précédemment les substances employées par moi et qui sont les mêmes qui sont conseillées par Unna.

J'y ai seulement ajouté l'emploi de la résorcine à l'usage interne. Pour ulcérer et détruire les tubercules anciens, durs, qui résistaient à l'action d'autres médicaments, j'ai aussi employé avec un résultat relativement acceptable la pommade suivante :

Bi-iodure de mercure	2
Iodure de soufre	4
Beurre balsamique.	20

Cette pommade a été employée pour la première fois par M. Casanova, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Valence.

J'ai aussi employé le thermocautère et le fer rouge.

Les quantités d'ichtyol absorbées par mes malades dans une journée varient de 1 à 3 grammes en deux ou trois doses. J'ai employé dans les mêmes conditions le sulfo-ichtyolate d'ammoniaque.

J'ai administré la résorcine à la dose journalière de 50 centigrammes ou à peu près.

A l'extérieur : j'ai employé. comme véhicule, la graisse et l'huile, avec ou sans lanoline, et comme bases, l'ichtyol et la résorcine à 10 ou à 20 p. 100, rarement à 25 p. 100, l'emplâtre de résorcine à 20 et 25 p. 100, l'emplâtre de pyrogalle à 10 et 20 p. 100, les pommades d'acide pyrogallique et de chrysarobine à 5 et 10 p. 100. J'ai aussi employé en pommades plus faibles l'acide sulfo-ichtyolique, les emplâtres salicylés et les frictions au savon noir.

Voici, d'une façon concrète, quelle est mon opinion sur ce que, logiquement, on peut déduire de tous ces faits :

1° *Le traitement de la lèpre à l'aide des agents dits de réduction peut arrêter le développement de la lèpre, dans tous ou du moins dans la plupart des cas dans lesquels cette maladie n'est pas arrivée dans ses dernières périodes ;*

2° *Les malades qui souffrent de lésions des viscères produites par la lèpre et ses conséquences, en meurent, malgré le traitement employé ;*

3° *Les malades qui sont exempts de lésions des viscères se rétablissent progressivement et indéfiniment, bien que quelques-uns d'une façon très lente. Ils s'acheminent vers la santé, au lieu d'aller à la mort, ainsi qu'il*

arrive presque universellement, pour ceux qui laissent la lèpre suivre son cours naturel ;

4° *Parmi les malades qui ont suivi le traitement durant plusieurs mois sans interruption aucune, je n'ai pas pu observer de poussée ni d'éruption nouvelle, pendant le temps qu'ils sont restés en traitement ;*

5° *Parmi les malades dont le traitement a été interrompu à diverses reprises, je n'ai observé que dans deux cas, et cela pendant les interruptions de traitement, de petites éruptions et poussées de tubercules ;*

6° *A la rigueur, dans les formes anesthésiques et tropho-neurotiques pures, il suffira pour obtenir des résultats bienfaisants de faire usage des agents de réduction, à l'usage interne, à condition de les employer en doses moyennes et fortes et pendant un long espace de temps ;*

7° *Pour obtenir des résultats véritablement bienfaisants de ce traitement dans toutes les formes de la lèpre et dans ses premières périodes, il est nécessaire de soumettre les malades à l'action des remèdes, d'une façon sévère, continue et constante, et cela pendant six, huit, dix, douze, seize, dix-sept et dix-huit mois.*

8° *Le soulagement obtenu chez certains malades est si considérable, qu'on peut bien le considérer comme une véritable guérison clinique, ou tout au moins comme une disparition complète des phénomènes qui nous permettent d'assurer, cliniquement, l'existence de la maladie* (Cas de Francisco Guerri et de Cristobal Olivas).

Telles sont, du moins, nos humbles impressions. Si nous nous trompons, les illustres personnes qui daigneront lire ce travail voudront bien nous excuser, en raison du but que nous nous proposons en faisant connaître des faits que nous croyons importants.

Nous ne terminerons pas cet écrit sans assurer l'éminent Dr Unna du respect et de la considération que nous lui devons et de la haute estime dans laquelle nous tenons ses indications thérapeutiques sur le traitement de la lèpre.

Notre désir serait de voir vérifier nos impressions particulières qui, en tant que personnelles, n'ont pas grande valeur scientifique, par les hommes de science qui daigneront lire cette notice.

VIII. Contribution à l'étude de la lèpre. Une enquête chez les lépreux de l'île de Mételin,

par M. le D[r] Zambaco-Pacha (de Constantinople).

Avant de prendre la parole pour mon propre compte, je demande la permission de donner lecture de la lettre suivante, relative à la lèpre, et qui m'a été adressée, pour être lue en séance, par notre éminent confrère S. E. Mavrogeny-Pacha.

Constantinople, ce 20 juillet 1889.

A Monsieur le D[r] Zambaco-Pacha, membre correspondant national de l'Académie de médecine de Paris, etc.

Mon cher et honoré confrère,

J'aurais été bien heureux aussi, s'il m'était possible, de prendre part à ce Congrès de dermatologie et de syphiligraphie universel, qui certes sera le rendez-vous de tous les princes de la science, accourus de tous côtés.

J'ai lu avec le plus grand intérêt les questions proposées par le comité aux méditations des savants qui prendront une part active aux travaux de ce Congrès. Toutes ces questions sont d'un grand intérêt, mais parmi elles, il y en a une qui nous intéresse au plus haut degré, nous autres médecins exerçant à Constantinople. Je veux parler de la lèpre ou éléphantiasis des Grecs.

Malheureusement, la lèpre existe dans un grand nombre de localités faisant partie de l'empire ottoman. Elle sévit dans toutes les Cyclades et en général dans toutes nos îles. On la rencontre à l'île de Marmara, située à quelques milles de la capitale, et jusqu'à celle de Crète et de Samos; elle existe en Asie Mineure, sur le littoral, en Anatolie du côté de Castambol, et enfin notre capitale est elle-même envahie par de nombreux lépreux étrangers ou indigènes, ainsi que vous l'avez établi.

La question litigieuse de la contagion ne saurait nous laisser indifférents, soit pour les mesures à prendre dans le but d'arrêter les progrès de cette terrible maladie, soit pour mettre à l'abri de la misère et des vexations ses nombreuses victimes.

Les lépreux, dans les autres parties de l'empire ottoman, sont chassés à la montagne ou bien placés d'office dans des villages exclusivement habités par eux, que l'on appelle *léprochoris.* Mais à Constantinople, à part une trentaine placés d'office dans la léproserie de Scutari, exclusivement réservée aux musulmans et qui y sont expédiés par les provinces, les lépreux constantinopolitains et même ceux qui nous viennent des différentes îles, se promènent en toute liberté partout, et sont éparpillés dans tous les quartiers. Il est donc de toute importance pour nous de savoir si la lèpre est effectivement contagieuse ou non.

Il y a quelques années, un médecin de l'école de Vienne, le D[r] Rigler, qui a exercé avec distinction pendant de longues années à Constantinople, s'est

livré à l'étude de la lèpre qu'il a observée à l'asile de Scutari. Sa conclusion a été que la lèpre n'est pas contagieuse. Vos études poursuivies sur une vaste échelle, puisque à part les nombreux lépreux que vous avez découverts à l'état de liberté dans la ville même de Constantinople, vous avez entrepris une série de voyages précisément pour éclaircir la question brûlante de la contagion, ne vous ont pas fait découvrir, jusqu'à présent, un seul cas de contagion avéré, indiscutable.

Ma croyance à moi aussi a été et reste, jusqu'à nouvel ordre, anti-contagionniste. Mais j'avoue que la découverte du bacille de la lèpre a ébranlé quelque peu mes idées.

Nous attendons donc des communications à ce Congrès, faites par les savants dermatologues de l'univers, et du choc des opinions contraires, la lumière, c'est-à-dire la démonstration scientifique de la contagiosité ou de la non-contagiosité de la lèpre.

Quant à moi, je me dis pratiquement anti-contagionniste, mais je suis tout prêt à faire amende honorable, dès qu'il sera démontré, par des faits probants, que je suis à côté de la vérité. Nous attendons cette démonstration des savants dermatologues réunis dans ce Congrès.

Je saisis l'occasion pour vous exprimer, mon cher confrère, mes sentiments affectueux.

Signé : MAVROGENY-PACHA.

UNE ENQUÊTE CHEZ LES LÉPREUX DE L'ILE DE MÉTELIN.

L'île de Lesbos, réputée autant pour ses sages que pour le manque de sagesse de ses Sapho, expierait, selon les principes de l'étiologie théologique (1), le péché originel de ses ancêtres à mœurs légères, par l'infliction de la lèpre du diable qui pèse lourdement sur leurs arrière-petits-fils.

Sur une population totale de 120,000 âmes environ, l'île de Mételin compte 15,000 Musulmans, dont, j'ai hâte de le dire, pas un seul n'est lépreux, à ma connaissance (2).

A Mételin, comme dans les autres pays à lèpre, Constantinople excepté, la maladie se développe et sévit de préférence dans certains villages.

(1) Dans une brochure intitulée : *La lèpre est contagieuse*, par le Révérend Père***, la lèpre est divisée, en égard à son origine, en deux classes : celle des personnes pieuses qui la reçoivent du ciel, et celle des libertins qui la doivent à leur mauvaise conduite. La première est la lèpre sacrée et la seconde celle de Satan !

(2) Il est inutile de revenir ici sur les motifs de l'absence de la lèpre chez les musulmans qui sont propres et s'abstiennent de tarama, de poissons salés, pourris et d'huile rance. Le mufti de Mételin, qui a habité longtemps l'île de Candie dont la malpropreté chez les chrétiens égale celle de leurs coreligionnaires de Mételin, m'a dit avec beaucoup d'esprit et de raison : « Dans toutes les Cyclades, la chrétienté est dégoûtante de saleté. Il faudrait, dans l'intérêt de l'humanité, qu'il surgît un saint qui défendît aux chrétiens de prier et d'aller à l'église sans s'être préalablement baignés et lavés. »

Elle ne se rencontre presque jamais dans la capitale, ni dans les villes. Le village de Plomari a surtout le triste privilège d'être considéré comme le foyer de la lèpre. Aussi les lépreux y ont-ils fondé, il y a plus de deux cents ans, un léprochori (village de lèpre), nommé Rahis, au bout de leur pays d'origine, sur un monticule couvert d'arbres. Ils y vivent dans des cabanons abominables. On compte dans Rahis une cinquantaine de lépreux. Les personnes âgées se rappellent en avoir vu plus de cent, il y a quelques années; il y a deux fois plus d'hommes que de femmes. Cependant les premiers résisteraient moins à la maladie que les secondes; puisqu'il y a beaucoup de vieilles, tandis qu'on y voit rarement un lépreux dépasser cinquante ans. Les lépreux ne sont point privés des douceurs de l'hyménée et même des satisfactions maritales extra-légales, par unions bénévoles et clandestines. A Mételin, ce n'est pas comme à Chio, sa voisine; autre île, autres mœurs. L'archimandrite bénit les lépreux au nom de la religion, en leur répétant les paroles sacramentelles : Aimez-vous et multipliez-vous. Ces ménages composés ou d'un lépreux et d'une personne saine, — la femme, en général, plus portée vers le sacrifice et l'abnégation, — ou bien de deux époux identiquement atteints, sont stériles ou fructueux. Et dans ce dernier cas, bien que, de notoriété publique, la lèpre soit considérée comme héréditaire à Mételin comme partout ailleurs en Orient, il peut y avoir des enfants sains et robustes qui, lors même qu'ils ont été procréés par deux lépreux très avancés, échappent à l'hérédité. De sorte qu'après plusieurs années d'épreuve et de suspicion passées au léprochori, dans la misère et la saleté la plus sordide, ils sont rentrés dans la société où ils se sont établis et mariés, sans que la suite ait pu faire regretter leur réintégration. Ils ont en effet vieilli sans donner de démenti à leur immunité. Mais leur succession nocive, de par leur hérédité, reste toujours ouverte à leur progéniture; car leurs petits-fils ou leurs arrière-petits-fils peuvent reprendre la série morbide, un instant interrompue.

Ce qui paraît ressortir de mes observations personnelles, jusqu'à présent, c'est qu'une mère saine et robuste, le mari étant lépreux, a plus de chance pour donner le jour à des enfants indemnes; tandis que si la mère est éléphantiasique, les enfants sont plus fréquemment condamnés à le devenir.

La fécondité des lépreux dépend, ici comme ailleurs, de la période de la maladie. Leur lubricité est proverbiale au début de l'affection; et la constance de leur procréation, alors, est une preuve de leur capacité génésique. Mais les progrès de la maladie amènent la caducité précoce, eu égard à leur jeunesse. Ce qui n'empêche pas de voir des lépreux dont le corps est même en voie de décomposition, couverts d'ulcères et minés

par la fièvre de suppuration, obtenir les jouissances matrimoniales et les douceurs de la paternité.

Néanmoins dans ces circonstances, les avortements à trois ou quatre mois sont très fréquents ; ou bien les enfants chétifs et cachectiques, non viables, succombent, après avoir sucé pendant quelques mois le lait de leur mère lépreuse ou réduite à la misère physiologique, par les plus grandes privations. Cependant il se peut aussi que, grâce à leur force de résistance parfois vraiment inconcevable, ils survivent à tout cela, qu'ils se développent et qu'ils attendent leur adolescence pour payer leur tribut héréditaire. Il y a ainsi des exemples d'enfants issus de parents lépreux, qui, beaux et forts, ont été adoptés par des familles stériles, et transportés dans des villages situés loin de tout lépreux. Plusieurs de ces enfants, soignés, bien nourris, élevés en un mot dans les meilleures conditions hygiéniques et à l'abri de tout contact, sont ramenés au léprochori, à l'âge de dix ou quinze ans, atteints de la lèpre. Un enfant, soustrait ainsi dès sa naissance à toute influence lépreuse, à peine arrivé à l'âge de huit ans, a présenté les signes non équivoques de la maladie. Chez lui, la lèpre exsudative a marché avec une rapidité exceptionnelle, au grand galop, et l'a emporté au bout de l'année ! Sa mère et son père étaient tous deux lépreux phymatodes.

Contrairement à ce qui précède, il y a en ce moment au léprochori de Plomari plusieurs ménages composés de la femme saine et du mari lépreux, qui ont des enfants de cinq à quinze ans d'apparence saine.

Une femme du village Bourgoutzi a vécu dix-sept ans au léprochori avec son mari lépreux, dont elle eut un fils. Après la mort du père, elle est rentrée dans la société avec son enfant indemne, comme elle. Celui-ci a plus de cinquante ans aujourd'hui et paraît être définitivement à l'abri d'un avenir fâcheux.

La nommée Palougou Yanno-Yannessa a accompagné au léprochori sa mère et sa sœur, toutes deux lépreuses. Elle a enterré successivement trois maris lépreux. Après quoi, l'église grecque n'autorisant pas de se marier une quatrième fois, elle a vécu, sans bénédiction nuptiale, avec un quatrième lépreux. Celui-ci ayant aussi succombé, elle rentra dans la société. Elle vit maritalement à Palcochori avec un homme qui est son cinquième. Elle est indemne et exerce la profession de sage-femme. Cette personne extravagante, lorsqu'elle vivait au léprochori, faisait tout son possible pour attraper la lèpre et, n'y parvenant pas, elle se brûlait les sourcils et mettait de l'amour-propre à simuler la lèpre !

A Cassaba, il y a un prêtre grec, âgé de quarante-cinq ans, né de mère et de père lépreux au léprochori même, où il a habité jusqu'à sa vingt-cinquième année. Il est indemne.

L'archevêque envoie toujours à l'église du léprochori un aumônier, qui vit en commun avec les lépreux, jusqu'à prendre ses repas ensemble. Il y en a qui y sont restés cinq, dix et même vingt ans. Il n'y en a pas qui soit devenu lépreux. L'église des lépreux est miraculeuse. Le monde des environs s'y rend en foule, en pèlerinage. En outre, chaque dimanche et à toutes les fêtes, il y a grande affluence à la messe. Mais il est à remarquer que le peuple communie d'un calice spécial et ne boit pas dans celui des lépreux, comme cela se pratique ailleurs.

Le peuple désigne la lèpre exsudative sous le nom de lèpre femelle, et la tropho-nerveuse sous celui de lèpre mâle. D'après les renseignements que j'ai obtenus, dans les cas mixtes, la lèpre tropho-nerveuse ou la mutilante vient s'ajouter à l'exsudative, qui est toujours primitive. Les doigts se rétractent alors, ou bien ils tombent en partie ou en totalité, jusque près de l'articulation phalango-métacarpienne. On n'aurait jamais vu ici, à Mételin, les exsudats survenir chez les lépreux d'emblée tropho-névrosiques.

La lèpre tropho-nerveuse ou rétractile permet à la vie de se prolonger pendant un grand nombre d'années. Ses victimes peuvent atteindre même une vieillesse extrême. On a vu de ces malheureux porter leur lèpre pendant trente et cinquante ans; mais la lèpre exsudative tue, en général, dans le délai de huit à dix ans.

Il ressort de mes conversations avec les médecins, les lépreux et le peuple, que les causes productives de la lèpre sont, d'après tous, la mauvaise nourriture, l'usage quotidien de poissons salés et altérés, de l'huile d'olives de mauvaise qualité, du tarama, des poulpes, des moules, etc., enfin, la saleté, le refroidissement brusque, parfois les émotions morales violentes. La syphilis y prédisposerait aussi, mais seulement à la variété exsudative ; ce qui pourrait être purement et simplement une confusion des deux maladies, qui parfois se ressemblent au point d'induire en erreur même les médecins.

Ce qui me paraît très fondé parmi les croyances populaires à Mételin, c'est que la lèpre rétractile ou nerveuse se développe souvent sous l'influence du froid et des changements brusques de la température, auxquels sont exposés les gens de certaines professions : bergers, cultivateurs, manœuvres, et qu'elle éclate parfois à la suite d'émotions morales vives.

L'abus des boissons alcooliques est effrayant à Mételin et contribue certes, de concert avec les autres causes signalées, notamment avec les aliments altérés et en putréfaction, à déterminer la dyscrasie du sang, qui me paraît être le facteur le plus puissant de la lèpre dans les pays où elle est endémique.

Trieste expédie partout en Orient une boisson alcoolique nauséabonde, très forte et d'un bon marché inouï. C'est probablement le produit de la distillation du bois. Il ne coûte que 60 paras (30 centimes) le litre. Il est entré en l'année 1887, à Mételin, 508,755 litres de ce poison atroce, qui emporte la bouche. Or, sur une population de 120,000 habitants, d'après les recherches que S. E. Fahry bey, le gouverneur de l'île, a voulu ordonner sur ma prière, il y a 10,000 personnes environ qui consomment cette boisson infecte (1), plus 20,000 litres de raki (alcool provenant de la distillation du marc du raisin) et 2 millions de litres de vin, produit et débité sur place. C'est avec un ou plusieurs grands verres de ce poison dont nous régale l'Autriche, que l'homme et même la femme du peuple arrosent les poissons salés et altérés et le tarama (2), ou la trempette de son pain dans l'huile d'olive rancie, dont ils se nourrissent exclusivement! Je demande si une telle nourriture peut être récusée dans la production des maladies cutanées en général, et surtout lorsqu'elle rencontre comme adjuvants la saleté immonde du corps et alternativement l'action d'un soleil torréfiant ou d'une humidité pénétrante auxquelles sont exposés les travailleurs de la terre, hommes, femmes et même les jeunes enfants, pendant dix et quatorze heures par jour!

Les lépreux de Mételin ont l'idée enracinée que les bains et les lavages, que le contact de l'eau, en un mot, est très nuisible, surtout dans la lèpre mâle nerveuse que j'appelle rétractile. Il est à croire qu'ils veulent justifier ainsi l'horreur quasi-hydrophobique qu'ils ont de l'eau, lorsqu'il s'agit de se nettoyer. D'ailleurs cette aversion est générale à tous les habitants des îles où règne la lèpre, qui ne se baignent ni ne se lavent jamais.

Toute température extrême, notamment le froid, est mal supportée par les lépreux, qui grelottent même lorsque le thermomètre ne descend pas au-dessous de 12 ou 13 degrés. D'ailleurs, tous les lépreux sont très frileux.

A une heure de distance environ de la capitale, il existe un village appelé Mouria, où je me suis rendu en voiture avec S. E. Fahri bey, gouverneur de l'île qu'il a dotée d'un réseau de routes carrossables pouvant soutenir presque la comparaison avec les boulevards créés par

(1) J'ai signalé au Gouvernement les effets funestes de cette boisson sur la population. Le prince de Samos a déjà interdit son introduction dans l'île. Il est à espérer que la même mesure sera prise dans tous les ports de l'empire ottoman.

(2) On désigne sous ce nom un mélange d'œufs taris de divers poissons, d'aspect rouge jaunâtre, de la consistance du caviar, d'une odeur infecte, puant le poisson rance, d'un goût très salé et épouvantablement mauvais, expédié dans de grands arils, du littoral de la mer Noire et de la mer Égée, à toutes les îles de l'Archipel.

le baron Haussmann. J'y ai causé avec les habitants les mieux placés et les plus âgés, qui m'ont affirmé que de mémoire d'homme jamais la lèpre n'avait paru à Mouria, lorsqu'un habitant devint lépreux, sans aucun contact, sans cause connue. Il ne fut point inquiété par la population. Aussi a-t-il continué à vivre chez lui, en relations suivies avec tout le monde, comme auparavant. De ses quatre enfants, les deux conçus après le début de la lèpre chez le père, sont devenus eux-mêmes lépreux, après la mort du père. Personne n'a voulu épouser soit la fille, soit le fils de ce lépreux, par crainte de l'hérédité, et cela bien avant qu'ils ne devinssent lépreux. La population, à laquelle ces enfants étaient très sympathiques, a continué à les fréquenter pendant plus de vingt ans et jusqu'à ce qu'ils aient succombé à la lèpre exsudative, sans que personne contractât leur maladie. En effet, il n'y a pas eu d'autres lépreux à Mouria. Les aînés de ces enfants, procréés avant que le père ne fût atteint de la lèpre, un fils et une fille également, vivent encore à l'heure qu'il est, dans le village, à l'âge de cinquante et de cinquante-cinq ans. La mère, bien qu'elle ait continué à vivre maritalement avec son mari lépreux pendant plus de douze ans et jusqu'à sa mort, n'a pas été contaminée non plus. Aussi à Mouria tout le monde soutient-il que la lèpre n'est pas contagieuse, mais qu'elle est héréditaire.

Des faits identiques se sont présentés dans la ville même de Mételin. Des personnes, tirant leur origine des villages où règne la lèpre, sont venues s'établir dans la capitale, où elles se sont fait une position marquante. Ces gens, devenus plus tard lépreux, ont continué à vivre dans leur famille et dans la société, fréquentés par tout le monde, et cela pendant des années, et jusqu'à leur mort, déterminée par la lèpre; aucun parent, aucun ami n'a gagné la lèpre qui, d'ailleurs, n'aurait jamais atteint un citadin.

Deux jeunes gens très liés ensemble vivaient en commun et couchaient dans le même lit. L'un d'eux, natif d'un village à lèpre, fut tout à coup atteint par la maladie. Malgré cela, son camarade n'a pas voulu se séparer de lui. Ils ont continué à vivre ensemble, comme par le passé, sans la moindre modification dans leurs habitudes. La lèpre a continué son évolution fatale et emporta ce malheureux. L'ami dévoué resta indemne. Il succomba, à un âge avancé, à une maladie vulgaire.

Le Dr Perroti Francesco, de Turin, a exercé la médecine à Mételin depuis 1831 jusqu'à 1850. Sur la demande du professeur Bufalini, de Florence, dont le nom est très connu dans la science et dont j'ai entendu l'éloge de la bouche même de notre illustre maître M. Andal, le Dr Perroti s'est livré à des recherches minutieuses sur la lèpre et transmit

ses observations à Boufalini. Sa conclusion a été que la lèpre n'est pas contagieuse.

Le Dr Bargigli, qui a exercé à Mételin jusqu'à l'âge de soixante-neuf ans, a étudié la lèpre sur lieux pendant plus de trente ans. Il a publié un mémoire dans l'*Union médicale de Paris*, en collaboration avec le Dr Bourgoin, envoyé en mission à Mételin pour étudier la lèpre. Ces confrères ont même pratiqué de nombreuses inoculations sur l'homme, qui ont constamment donné des résultats négatifs. La conclusion de leur travail est que la lèpre n'est pas contagieuse.

Mes honorables confrères, le Dr Saltas et le Dr Cazas, de la Faculté de Paris, qui exercent à Mételin, l'un depuis 1851, l'autre depuis 1853, ainsi que les habitants de la capitale, dont j'ai vu les plus notables, m'ont cité plusieurs ménages dont un conjoint lépreux, malgré leur cohabitation pendant des années, n'a jamais transmis la lèpre à l'autre conjoint. Les enfants de ces malheureux deviennent lépreux en général, m'ont-ils répété. Néanmoins, il y a des exceptions fréquentes. Plusieurs d'entre eux sont arrivés à quarante et cinquante ans sans présenter aucun signe de lèpre et paraissent être à l'abri pour l'avenir. Chose étrange ! D'une part, les habitants de Mételin m'ont cité nombre de faits qui déposent contre la contagion, sans qu'il soit à leur connaissance un seul exemple de contamination, et d'autre part la frayeur qu'ils ressentent à la vue d'un lépreux est telle, qu'ils n'admettent pas qu'un de ces malheureux entre dans l'église. Il ne leur est permis de pénétrer dans la capitale, pour mendier, que pendant les grandes fêtes. Et pourtant nous avons dit plus haut que des lépreux ont continué à vivre soit en ville, soit dans certains villages, au su et au vu de tout le monde.

L'éphorie de la ville de Mételin, très complaisante d'ailleurs, m'a refusé une chambre à la mairie, pour examiner les lépreux qui circulaient dans la capitale pendant la semaine sainte, époque à laquelle je m'y suis trouvé. De sorte que j'ai dû prendre mes observations en plein air, dans le jardin. Après plusieurs pourparlers, on m'a envoyé une chaise, sur laquelle j'ai fait asseoir les lépreux que j'examinai un à un. Cette chaise a été condamnée aux flammes de suite après.

Dans la plupart des villages, dès qu'on a soupçonné la lèpre, ou que l'on a calomnié quelqu'un de l'avoir, le peuple, sans s'adresser à l'autorité ou tout au moins à un médecin, se constitue *illico* en jury et lynche celui qu'il déclare lépreux : si ce n'est pas en le pendant au plus prochain arbre, c'est en le pourchassant brutalement devant lui par des huées et à coups de pierres, en cas de résistance, comme une bête fauve, jusqu'au plus proche léprochori, ou tout simplement jusqu'à la mon-

tagne, où il l'abandonne à son sort, parfois sans gîte, ni ressource, se souciant fort peu de ce qui adviendra. On voit d'ici les erreurs regrettables que cette populace effarouchée peut commettre dans ses transports furieux! Des malheureux atteints des maladies cutanées vulgaires, et des syphilitiques sont ainsi arrachés à leur famille, sans contrôle ni appel. Aussi plusieurs de ces boucs émissaires lépreux ou censés l'être, s'enfuient de l'île et vont se cacher, soit dans l'Asie mineure, soit à Constantinople.

J'ai engagé S. E. Fahry bey, gouverneur de l'île, qui ignorait tous ces faits, de ne plus tolérer que les villageois se permettent à l'avenir de prendre de telles mesures spontanément. Et ordre sévère a été donné de s'abstenir dorénavant de tels actes. L'autorité devra être immédiatement avertie, toutes les fois qu'un soupçon de lèpre pèsera sur quelqu'un. Le gouvernement fera constater l'état de l'individu par un médecin, et décidera de son sort, conformément au rapport qui lui sera adressé par le confrère requis.

Le gouverneur de l'île s'est décidé aussi à faire construire deux léproseries, distantes l'une de l'autre, afin de séparer les sexes. En attendant, il défendra aussi le mariage ou le concubinage — chose très commune dans l'île — soit entre deux lépreux, soit entre une personne saine et une lépreuse.

Voici maintenant un résumé succint des lépreux les plus intéressants que j'ai rencontrés à Mételin.

I. — Spanos, âgé de soixante ans, attribue sa maladie à une punition exemplaire qu'on lui infligea pour avoir déserté, étant marin sur la flotte ; on lui administra deux cent cinquante coups de fouet sur les fesses. Il prétend ne pas avoir de lépreux dans sa famille. Cependant, en le questionnant bien, on apprend qu'un neveu de sa mère est lépreux; qui sait ce qui a lieu chez les ascendants dont le peuple se soucie fort peu en Orient (1). S... ne serait jamais en relations avec lui.

La maladie a commencé chez S..., il y a trente ans, par un panaris du gros orteil gauche, auquel succéda un ulcère qui l'avait déformé et qui n'en finissait plus. Plus tard, ce doigt a été amputé. Cinq ans après, les doigts ont commencé à se rétracter. Aujourd'hui, les mains déformées présentent la griffe caractéristique de la lèpre rétractile (tropho-nerveuse) (2), extension forcée des phalanges métacarpiennes sur la main et flexion des phalanges moyennes

(1) Je ferai remarquer, une fois pour toutes, que les lépreux mettent beaucoup d'amour-propre à cacher l'existence de la lèpre dans leur famille, dont ils veulent sauvegarder la réputation vis-à-vis du public. Il nous est souvent arrivé, après les plus formelles dénégations, en conduisant habilement l'interrogatoire, de leur faire avouer ce qu'ils niaient avec obstination, quelques minutes avant.

(2) Maladie de Danielssen, qui l'a décrite le premier.

et unguéales, sur les premières. L'auriculaire gauche est tout petit, réduit, sans élimination d'os préalable, mais par atrophie de toutes ses parties constituantes. Le quatrième métacarpien gauche a été éliminé. Les pieds sont mutilés aussi : le gauche ne conserve que deux orteils qui sont renversés sur le dos du pied sur lequel ils sont appliqués, consécutivement à la rétraction de leur extenseur. Le pied droit conserve tous les orteils ; mais par suite de l'élimination de toutes les phalanges, ils ne sont plus constitués que par les parties molles. A cause de leur forme, le malade les compare, avec raison, à des graines de raisin. Anciennes cicatrices de pemphigus aux genoux. La commissure gauche est un peu abaissée. Pas d'atrophie des paupières inférieures. Cataracte double. Insensibilité des membres inférieurs, au contact, à la chaleur et à la piqûre, jusqu'à la limite supérieure des genoux, et des thoraciques jusqu'au-dessus du coude. Conservation de l'appréciation des poids appliqués dans la paume de la main. La région poplitée et celle de la saignée conservent leur sensibilité normale.

II. — A. C..., est également atteint de la lèpre rétractile. Oncle maternel lépreux. Il a perdu tous les doigts sans exception. Ulcère serpigineux sur le tiers inférieur et au côté externe de chaque jambe, long de 4 centimètres et large de 3 centimètres environ; il est irrégulier à bords calleux, saillants, rouges, à fond jaune et rouge par place, secrétant un liquide ichoreux. Paupières inférieures atrophiées, lagophtalmie double. La sensibilité a disparu sur la totalité des membres, à partir du tiers inférieur de l'avant-bras et de la jambe, la pulpe des doigts exceptée. Celle-ci l'a en effet conservée dans tous ses modes.

III. — C. D..., de Potamo, âgée de trente-cinq ans. Pas de lépreux dans sa famille. A l'âge de trois ans, larges plaques érythémateuses de la face, qui duraient des semaines, disparaissaient et reparaissaient encore. Elle fut expulsée de son village à quatorze ans, et s'est mariée, bénie par le prêtre, à vingt-deux ans, avec un lépreux tropho-névrosique de trente-deux ans. Elle a vécu douze ans avec lui et en eut trois enfants qui sont tous vivants et indemnes, quant à présent. Ce sont, une fille de vingt ans, une autre de dix-huit et un fils de dix. L'auriculaire gauche s'est rétracté le premier. Aujourd'hui griffe caractéristique des mains. Plusieurs orteils sont mutilés; mal perforant du pied gauche. La peau des avant-bras et du dos des mains est comme desséchée, momifiée, à plis nombreux ; anesthésie des environs des coudes, du tiers inférieur des avant-bras et du dos des mains. Paume des mains et doigts sensibles; le tiers inférieur des jambes et les pieds sont insensibles, l'arcade plantaire exceptée. Je ferai remarquer que cette femme était lépreuse déjà à l'âge de trois ans; mais que sa maladie n'a été reconnue que six ans après son début.

IV. — Asvesta, cinquante-deux ans, née à Halica. Aucun parent, à sa connaissance, n'a eu la lèpre, ni ne fut en contact avec des lépreux. La maladie a débuté chez elle à vingt-quatre ans, par des douleurs dans les jointures et dans les membres qui devinrent perclus de manière à l'obliger à marcher à quatre pattes. Elle fut considérée comme rhumatisante et fut prendre les bains de Thermi (source thermale saline que j'ai visitée, et qui est distante de deux heures de la ville de Mételin; elle est située au bord de la mer). Très peu de

temps après l'apparition de ces douleurs, les doigts ont commencé à se rétracter; les auriculaires les premiers, comme toujours. Depuis, ses mains sont restées impotentes, faibles; les doigts, peu agiles, continuent à se rétracter de plus en plus. Néanmoins, à l'âge de trente-six ans, l'état des grandes articulations s'étant amélioré au point de lui permettre de marcher un peu, bien qu'avec difficulté, elle se maria. Un an après, elle eut une fille. Après l'accouchement, la maladie s'est mise à progresser d'une manière très rapide (1). Les parois du thorax et les membres supérieurs ont été pris de douleurs très violentes. Quelques mois après, les doigts gauches ont été successivement atteints d'une espèce de panaris profond, et se sont détachés. Puis, les doigts de la main droite ont passé par les mêmes phases. Les douleurs éprouvées étaient tellement terribles alors, qu'elle criait jour et nuit, de manière à susciter les plaintes des voisins. Deux ans après le premier enfant, elle eut un second. Réglée à quatorze ans, elle continue de l'être. Cette malade, d'une certaine aisance, a continué à vivre dans sa maison et en relation avec tout le monde. Les parents et les amis la visitent continuellement et passent parfois un et plusieurs jours chez elle. Personne de son entourage n'a été atteint de la lèpre.

Actuellement (16 avril 1887), elle n'éprouve plus aucune douleur, ni sensation pénible. Mais lorsqu'elle a faim, si elle n'y satisfait pas de suite, elle est prise d'étourdissements et de tremblements des membres qui disparaissent dès qu'elle a mangé. L'orbiculaire de l'œil gauche est tellement atrophié dans sa partie inférieure, que le globe oculaire reste découvert dans plus de sa moitié, lorsque la malade ferme les yeux. Le point lacrymal inférieur est également très réduit et ne laisse plus passer les larmes qui s'écoulent sur la joue, bien qu'il n'y ait pas d'ectropion. Main gauche : le pouce est petit, recourbé, rabougri, comme atrophié; l'ongle déformé, courbé comme une griffe; la phalange unguéale forme un angle droit avec la métacarpienne; l'articulation phalango-phalangienne est gonflée et ankylosée. Toute la face palmaire de cette articulation est occupée par une rhagade; on dirait d'une coupure profonde avec un instrument tranchant. L'index est réduit à un moignon qui ne conserve que la moitié de sa phalange métacarpienne; un ulcère profond occupe la totalité de son extrémité. Le médius et l'annulaire, mutilés, ne conservent que leur extrémité métacarpienne. L'auriculaire est tout petit et en crochet; il ne conserve qu'un vestige d'ongle; il n'y a pas eu d'élimination d'os; pourtant la phalange unguéale est réduite au volume d'un petit pois, par résorption : la seconde phalange est aussi rudimentaire. La main droite présente des lésions analogues. Les coudes sont, depuis des années, le siège d'ulcères qui se cicatrisent et se rouvrent tous les trois ou quatre mois; leur suppuration dure un laps de temps égal aux intervalles. Il y a aux genoux des cicatrices de pemphigus auquel ont succédé des ulcères durant plusieurs mois. Le pied gauche ne conserve que les trois premiers orteils qui, déformés et raccourcis, sont fléchis et comme luxés sur le dos du pied qu'ils touchent par leur face dorsale, consécutivement à la rétraction des tendons extenseurs. La peau de la malléole externe est très épaissie et lichénoïde. Depuis huit ans, il y a un mal perforant profond au-dessous de la tête du troisième méta-

(1) J'ai toujours constaté l'aggravation de la lèpre pendant la grossesse et surtout après l'accouchement, principalement dans la lèpre exsudative.

tarsien. Le pied droit n'a que les deux premiers orteils ; il présente aussi un mal perforant identique au précédent. La sensibilité, abolie aux avant-bras du côté de l'extension, est très obtuse aux coudes, au dos des mains et aux doigts ; les jambes sont insensibles à partir de leur tiers moyen ; la sensibilité faciale, très obtuse partout, disparaît complètement à la moitié inférieure de la base de l'orbite. Cette femme est malpropre sur elle et continue à abuser du tarama, de l'huile et des salaisons.

Ses deux enfants, dont le premier a seize et le second quatorze ans, sont indemnes, ainsi que son mari qui en a soixante-dix.

V. — Pseutoyanni, vingt-cinq ans. Il est le troisième enfant de cinq, et le seul qui soit lépreux. Marié à dix-huit ans, il n'a qu'un enfant de quatre ans, indemne. Il a été séparé de sa femme depuis deux ans, bien que la maladie soit très peu marquée chez lui; tandis que d'autres malades continuent à vivre dans leur famille lors même que la lèpre est très avancée. A Mételin, comme partout, il y a deux poids et deux mesures. Cet homme présente, à la région des coudes, la modification de la peau que j'ai comparée au raisin sec de Malaga, et une apparition successive des pemphigus aux genoux. La peau des jambes est fortement ichthyosique. La peau du coude du pied et du dos des pieds présente des lignes quasi mathématiques qui s'entrecroisent dans tous les sens, très rapprochées, et qui ont un aspect blanc, comme la peau des gens qui travaillent dans le plâtre ; aussi je les désigne sous le nom de lignes de plâtrier. Ces sillons sont assez communs chez les lépreux. Leur siège de prédilection est le coude et le dos du pied ; ils paraissent être constitués par la modification de l'épiderme du fond de ces lignes. Sensibilité très obtuse des coudes, des bras, et du tiers inférieur de l'avant-bras (sens de l'extension), du dos des mains et du tiers inférieur des jambes.

VI. — Koumbos, trente-cinq ans. Un cousin germain de son père est lépreux. Il a quatre frères et trois sœurs ; il est le cinquième né. Son frère aîné est mort de la lèpre. La maladie aurait débuté à dix-neuf ans, par un placard érysipélatiforme de la jambe droite qui gonfla démesurément. Ce placard, grand comme la main, fut suivi d'un ulcère qui dura cinq mois. La jambe se serait atrophiée, consécutivement. Deux ans après, érysipèle (?) de la face ; et trois mois après, les tubercules ont commencé à poindre sur les membres. Bien que lépreux avéré, il a continué à vivre dans son village, pendant plus de deux ans. Marié à vingt ans, il a eu sept enfants. Son fils aîné a treize ans ; viennent après celui-là, une fille de dix ans, un fils de huit ans, une autre fille de six ans et le dernier enfant du sexe masculin, qui a quatre mois. Deux autres sont morts en bas âge.

Actuellement, il porte sur le front un ulcère serpigineux de 4 centimètres de hauteur sur 2 de largeur. Cet ulcère date de trois ans. Il n'a ni cils ni sourcils. L'œil gauche a sa cornée entièrement recouverte par un exsudat qui a marché de dehors en dedans; tubercules aux régions sourcilières ; nez écrasé, déformé par la destruction du vomer. Peu de barbe ; poils rares à la moustache ; mais riche chevelure. Le palais est occupé par une plaque exulcérée de 2 centimètres environ, dans le sens antéro-postérieur, et de 1 centimètre dans sa partie la plus large ; les bords en sont irréguliers ; le fond comme chagriné. Les mains et les avant-bras présentent des tubercules clair-

semés, variant en dimensions, d'un pois à une fève. Les jambes, à partir de leur tiers inférieur, et les pieds sont énormes, pachydermiques, éléphantiasiques. Exulcération sur les orteils, et rhagades profondes aux talons, et au niveau des articulations métatarso-phalangiennes, du côté de la plante des pieds. La face est insensible, excepté aux lèvres, aux paupières et au nez. Insensibilité aux coudes, et aux avant-bras, à partir de leur tiers inférieur, ainsi qu'au dos des mains. Les doigts sont sensibles, même à leur face dorsale. A partir du tiers inférieur de la jambe, les membres pelviens sont complètement insensibles. Sa femme, ici présente, est indemne. J'ai examiné aussi tous les enfants ; son fils âgé de huit ans est manifestement lépreux ; il n'a ni sourcils, ni cils ; il y a jetage du nez qui est toujours bouché ; petits tubercules comme des lentilles et comme des têtes de camion, bruns, saillants, disséminés sur les avant-bras et les jambes ; taches brunes sépiasiques, et petits tubercules sur les fesses. Il y a sept mois que cet enfant éprouva à plusieurs reprises des congestions de la face avec tuméfaction et rougeur quasi érysipélateuses. Le dernier enfant, âgé de quatre mois seulement, bien qu'assez robuste, présente déjà les signes indubitables de la lèpre. Les fesses sont le siège d'un érythème qui a une coloration brune de sépia, par places ; on voit aux environs de ces placards, ainsi qu'autour du nombril, des groupes de petites papules, au nombre de huit à douze comme des lentilles saillantes, brunâtres qui tranchent sur la peau blanche normale. En explorant avec une aiguille la sensibilité du corps, lors même que j'enfonçais dans toute l'épaisseur de la peau des fesses, l'enfant restait impassible. Cet enfant a en même temps de la gourme. Tous les membres de cette famille sont d'une saleté révoltante ; ils ne se lavent que fort rarement, ils ne se nourrissent que de légumes secs préparés à l'huile rance, de tarama, et de rebut de poissons salés que l'épicier ne peut vendre qu'aux lépreux à très vil prix, presque pour rien.

VII. — Panagioti, de Plumari, vingt ans, est malade depuis sept ans. Expulsé de son village, il y a quatre ans. Une cousine de sa femme est lépreuse, et son grand-père maternel très probablement. Il a trois frères et deux sœurs indemnes, il est le quatrième enfant. P..., n'a point de sourcils. Le gonflement érysipélateux de toute la face a modifié les proportions relatives des traits et a entièrement aboli l'expression de la figure. Mue de furfurs sur les fesses violacées. Sensibilité très obtuse à la face. C'est là tout ce que ce malade présente.

VIII. — Costi, frère du précédent, a vingt-deux ans ; il est malade depuis quatre ans et expulsé depuis trois. Il prétend avoir fait un rêve qu'il se noyait, il s'est réveillé par ses propres cris, tout tremblant. Une semaine après, il a eu les jambes gonflées et toutes engourdies. Un an après, la face a été prise. Lors de mon examen, la face a une expression grotesque : tous les plis et sillons normaux de la face sont énormément exagérés par un épaississement, par une exsudation uniforme, en nappe, dans l'épaisseur des téguments. La région intersourcilière est occupée par des plis verticaux très saillants, séparés par des sillons profonds, comme on en voit sur les dessins de lion grossièrement faits en Perse, par exemple. La voûte palatine présente une perte de substance, comme par emporte-pièce, plus grande qu'une pièce de 50 centimes, avec dénudation de l'os. La face, le pourtour des coudes et le

dos des mains sont absolument insensibles, ainsi que les pavillons des oreilles démesurément grossis et uniformément exagérés par un exsudat en nappe ; ce qui les fait ressembler aux oreilles envahies par un érysipèle intense. Paume des mains sensible ; fesses marbrées, sans exsudats, mais comme asphyxiques par stase sanguine. La sensibilité y est très émoussée. Tubercules lépreux nombreux sur le scrotum. Ganglions du triangle de Scarpa gros comme des œufs de poule ; cicatrices profondes d'anciens ulcères sur les genoux ; ils ont succédé à de grosses phlyctènes de pemphigus. La peau de la face antérieure des avant-bras est souple et d'aspect normal ; néanmoins elle est à peine sensible jusqu'aux environs de la région de la saignée où la sensibilité persiste normale.

La lèpre bien plus ancienne chez Panagioti, le malade précédent, revêt une allure lente et par conséquent moins grave ; tandis que chez Costi, elle suit une marche bien rapide qui certainement le tuera dans fort peu de temps.

IX. — Permatia est âgée de vingt-huit ans. Sa grand'mère maternelle était lépreuse phymatode. Son père et sa mère sont indemnes. Elle a cinq sœurs et six frères. Elle est la cinquième née. Sa face est hideuse par un envahissement de tubercules énormes qui se touchent et forment un masque affreux qui a détruit toute expression. C'est comme la face d'un cadavre gonflé par la décomposition. La langue est elle-même déformée par des tubercules qui siègent dans son épaisseur, en même temps qu'ils font saillie sur sa surface.

X. — Son frère R..., qui est l'enfant aîné, a aujourd'hui quarante ans. Il se trouvait à l'étranger lorsque les premiers symptômes de la lèpre ont apparu chez lui, il y a de cela dix ans ; il était encore à l'étranger lorsque sa sœur Permatia a présenté les manifestations de la lèpre, cinq ans environ après le début de la maladie chez lui. Il n'est rentré à Mételin que lorsque la maladie l'avait défiguré, il y a trois ans environ. Il s'est marié à vingt ans. Sa femme et son fils unique, âgé de quatorze ans, sont indemnes. Cet homme a le port de la lèpre exsudative vulgaire : nez déformé, écrasé ; gros tubercules principalement aux régions sourcilières ; dos des mains très gonflés comme œdémateux. Mais l'examen attentif fait constater que la pression du doigt n'y laisse pas d'empreinte, parce qu'il s'agit d'un exsudat cutané et sous-cutané très épais, très résistant et non d'une infiltration séreuse. L'auriculaire gauche présente, à son sillon métacarpo-phalangien, un ulcère comme une rhagade profonde que l'expérience nous enseigne comme devant, par ses progrès lents, arriver à détacher le doigt par un procédé analogue à celui de l'aïnhum. En effet, un tel travail ulcératif se rencontre souvent chez les lépreux.

R..., n'a ni sourcil, ni barbe, ni moustaches ; insensibilité de la face, d'une part jusqu'aux limites du cuir chevelu, et inférieurement jusqu'au bord supérieur de l'os hyoïde. Une ligne partant de ce bord, contournant le cou et aboutissant à la naissance des cheveux à la nuque, servirait de limite inférieure à l'insensibilité cutanée. Les environs des coudes, les avant-bras, à partir de leur moitié inférieure, les dos des mains et le dos des doigts sont insensibles ; mais la paume de la main et la face palmaire des doigts conservent leur sensibilité.

XI. — N..., matelot, célibataire, trente-deux ans ; parents sains, mais grand-

père maternel lépreux. Ils sont six enfants, dont une sœur, âgée de trente-quatre ans, est lépreuse phymatode, ainsi qu'un frère âgé de trente-huit ans et un autre de trente. Ces enfants n'ont jamais vécu ensemble. Ils ont été dispersés, dès leur enfance. N..... ne présente de remarquable que les tubercules saillants de la langue et une opacité très prononcée du segment supérieur des cornées. L'expérience nous a démontré que c'est là la conséquence d'une kératite interstitielle qui marche de haut en bas et finit par amener la cécité, par suite de l'épaississement de la membrane.

XII. — Kalvados, quarante-cinq ans, natif de l'île Imbros, pas de lépreux dans la famille ; condamné à la prison pour crime, il y vit et couche, depuis sept ans, dans une et même pièce avec tous les autres prisonniers, parmi lesquels, soit dit en passant, il n'y a pas d'autre lépreux. Cette pièce qui sert de prison se trouve dans les conditions hygiéniques les plus détestables. K... présente des tubercules nombreux à la face, aux régions sourcilières surtout qui sont tout à fait dégarnies de leurs poils; nez déformé; taches pigmentaires et tubercules aux avant-bras; peau des mains foncée, noire comme celle des mulâtres, bien que les téguments soient blancs chez lui, partout ailleurs. Cette peau est épaissie et toute plissée. Pieds violacés, gonflés avec lignes des plâtriers. Les régions sourcilières, le dos des mains et les deux tiers inférieurs des avant-bras, du côté de l'extension, sont absolument insensibles. Il en est de même du tiers inférieur des jambes et des pieds.

XIII. — Hérène de Loutra, âgée de trente-cinq ans, n'a jamais été en contact avec des lépreux. Elle n'en a point dans sa famille. Ce qu'il y a de remarquable chez elle, c'est que les *congestions érysipélatiformes à répétition* ont commencé à la face il y a vingt ans; et il n'y a qu'un an seulement que le premier exsudat a paru entre les sourcils. Ses trois enfants et son mari sont sains. Elle n'a pas été expulsée de son village; mais on lui a défendu d'aller à l'église. L'exsudation, lente à se manifester, a marché rapidement depuis quelques mois. Ainsi actuellement sa face est léontine; tubercules groupés sur le coude gauche. La peau des avant-bras et des mains est presque noire, amincie, ridée, se plissant facilement et glissant sur les parties sous-jacentes. Elle est insensible lors même qu'on la traverse avec une épingle, de part en part. La peau des jambes est fortement ichthyosique; elle se serait ainsi modifiée depuis trois ans. Au tiers inférieur de la jambe gauche et à sa face antérieure, on constate un exsudat cutané grand comme la paume de la main. La peau y est brune et très épaisse, comme doublée par une couche de lard; les piqûres les plus profondes n'y déterminent aucune douleur; l'épingle que j'y enfonce rencontre une grande résistance pour pénétrer.

XIV. — Créditélis, muletier, trente ans, originaire de Plomari. Pas de lèpre dans sa famille. Début de la maladie, il y a quinze ans, d'abord par une rougeur érysipélatiforme de la jambe droite et plus tard de la face, à *répétition*, durant quelquefois quatre et même cinq mois. Parfois la figure gonflait dans sa totalité et le rendait méconnaissable. Plus tard, mêmes accidents de congestion, avec chaleur brûlante que le malade modérait par l'immersion dans l'eau froide, aux mains et aux deux jambes. Cela ressemblait tellement à l'érysipèle qu'on lui appliquait le traitement usité dans son pays contre cette maladie, et

qui consiste à bien chauffer des fers à repasser et à les tenir constamment à un demi-mètre de distance environ de la région atteinte. A ces gonflements érysipélatiformes fébriles succéda une mue de l'épiderme de toutes ces parties tuméfiées. Bientôt après, les sourcils, les cils, la barbe et la moustache sont tombés. La chevelure est conservée très abondante. Il n'y a que trois ans que le nez s'est déformé. C... s'est marié à vingt ans. Il n'était pas encore reconnu lépreux, bien qu'il le fût réellement pour nous depuis quinze ans, dès le début de ces tuméfactions érysipélatiformes. Son premier enfant est mort-né. Le second du sexe masculin, âgé aujourd'hui de quinze ans, est indemne. Plus tard, il en a eu deux autres dont je parlerai plus bas. C... a toujours vécu dans son village avec sa femme, sans aucune restriction, sans être inquiété. A l'heure qu'il est, il continue à aller partout, à l'église, aux cafés, sans qu'on lui fasse d'observation. Il a des rapports avec sa femme deux ou trois fois par semaine.

État actuel : figure glabre; nez écrasé, épaté, par élimination du vomer et une partie des os propres; les régions sourcilières sont occupées par un groupe d'exsudats sous forme de tubercules variant d'une lentille à un pois, saillants et en partie incrustés dans les téguments dont ils ont considérablement augmenté l'épaisseur. La peau des avant-bras est ichthyosique, ou plutôt ophidienne; elle ressemble en effet à la peau des serpents par l'aspect de son épiderme en écailles, transversales, longues parfois d'un centimètre et comme imbriquées. Au dos des mains et aux poignets, exsudats sphériques plus grands qu'une pièce de 5 francs, constitués par la peau épaissie par une infiltration uniforme dans toute sa substance. Ces exsudats proéminent comme la moitié d'une orange ou d'une pomme qu'on y aurait appliquée. La pression du doigt n'y laisse pas d'empreinte, la consistance de ces tuméfactions étant très dense. La peau qui couvre l'olécrâne a la disposition du raisin sec de Malaga, sans ulcération préalable. Cicatrices de vieux ulcères aux genoux, consécutifs à la formation des grosses phlyctènes de pemphigus. Trois larges ulcères sur la jambe droite, qui se cicatrisent après plusieurs mois de suppuration, pour se rouvrir quelque temps après, à la suite d'une gerçure spontanée, ou d'un coup qui amène une petite solution de continuité qui creuse, s'étend et suppure pendant des mois. La peau des jambes revêt les caractères de celle des crocodiles, disposition que j'ai déjà décrite et que j'ai fait dessiner. Celle des cuisses est ophidienne. Insensibilité de toute la face, excepté au lobule du nez, aux lèvres, aux paupières et au menton. Environs des coudes insensibles. Il en est de même de la moitié inférieure des avant-bras, des poignets et des mains dont la paume conserve cependant un peu de sensibilité, ainsi que la pulpe des doigts; jambes insensibles, à partir de la moitié de leur hauteur. Il en est de même des pieds et des orteils. Voix rauque. Grand ulcère occupant le milieu de la voûte du palais, superficiel, chagriné et gaufré par places. La charpente osseuse n'est pas atteinte, bien que cette exulcération date de plusieurs années. C'est là, soit dit en passant, l'aspect et la marche des ulcérations du palais d'origine lépreuse et qui sont facilement distinguées des ulcérations syphilitiques qui creusent et amènent fatalement la perforation, si une intervention active n'en arrêtait les progrès. Le malade n'a jamais eu la vérole.

XIV. — Lucas, ici présent, âgé de treize ans, est le troisième enfant du

malade précédent. Il y a deux ans, il a eu de grosses bulles de pemphigus au coude gauche, auquel succédaient des ulcères qui ne se sont cicatrisés qu'au bout de plusieurs mois. Voici son état actuel : santé générale satisfaisante; sourcils très discrets; ils étaient très abondants autrefois. La peau de cette région est uniformément épaissie et peu sensible aux piqûres. Ulcère comme une pièce de 2 francs, au coude gauche, sur l'olécrâne; c'est une plaque rouge jaunâtre, enchâssée dans un cadre saillant constitué par un rebord rouge foncé, calleux, irrégulier; aux environs, il y a des cicatrices d'anciens ulcères qui ont passé par les mêmes phases que celui que nous voyons en pleine activité. Les genoux présentent aussi des cicatrices analogues à celles du coude. La peau du tiers inférieur des jambes a l'aspect de celle du crocodile. Insensibilité de la région du coude gauche, même aux endroits qui ont conservé l'apparence normale; j'ai traversé les téguments de part en part avec une épingle, sans que le malade s'en aperçût; sensibilité émoussée à la face postérieure de l'avant-bras, et de plus en plus à mesure qu'on s'approche du poignet; les mains sont sensibles, ainsi que les doigts. Le côté antéro-externe du tiers inférieur des jambes est également insensible.

L'autre enfant, âgé de onze ans, présente une constitution robuste, mais il a les ganglions cervicaux très développés. Ses membres inférieurs sont ichthyosiques avec mue continuelle; les parents ne savent nous dire depuis quand. Un signe très significatif pour le diagnostic, c'est l'insensibilité de la peau de la région du coude gauche, bien qu'il n'y ait jamais eu quoi que ce soit, et qu'on n'y remarque aucune modification appréciable à la vue. Cet enfant n'aurait pas eu le phénomène initial fréquent de la lèpre phymatode, savoir la tuméfaction érysipélatiforme à répétition. Cependant il est déjà bel et bien lépreux; témoin l'insensibilité de la peau à la région du coude; ce qui constitue souvent le premier et l'unique phénomène de la lèpre déclarée, pendant un certain temps. La mère de ces enfants, qui continue ses devoirs conjugaux et maternels, demeure toujours indemne.

Le nombre des lépreux diminue très sensiblement à Mételin depuis quelques années. Il y avait autrefois quatre léprochoris, tandis qu'il n'en reste plus qu'un seul aujourd'hui. Les trois autres sont déserts, par la mort de leurs habitants et l'absence de nouveaux contingents.

Le Dr Répanis, qui exerce à Plomari, explique cette diminution progressive, d'abord par ce fait que, depuis quelque temps tout le monde étant convaincu de l'hérédité de la lèpre, on évite d'épouser une personne qui compte des lépreux dans sa famille. La propagation par hérédité se trouverait ainsi écartée, ou tout au moins circonscrite. Notre confrère affirme qu'une expérience de vingt-huit ans l'a profondément convaincu de l'hérédité de la lèpre qui peut sauter une et parfois plusieurs générations pour reparaître chez leurs descendants. L'hérédité se manifeste très fréquemment, dit-il, chez les indigènes, surtout ceux qui habitent des réduits humides et infects et qui suivent une mauvaise diététique. Les familles Moscobo, Hodjeli, Dikakeli, Nicolso...

comptent dans leur sein de nombreux cas de lèpre héréditaire. Aussi leurs jeunes gens trouvent-ils difficilement à se caser, l'expérience ayant démontré surabondamment au peuple que la lèpre pourra se manifester chez eux tôt ou tard tout au moins dans leur progéniture.

L'arrondissement de Plomari comprend dix villages qui envoyaient tous de nombreux colons au léprochori, il y a quelques années encore. Actuellement, les conditions hygiéniques de quelques-uns d'entre eux se sont tant soit peu améliorées ; leurs habitants ne sont plus aussi profondément misérables qu'auparavant. Eh bien, par ce seul fait, la lèpre tend à disparaître chez eux.

Mais les villages de Potamos, Pligia et Paléochori, dont la population croupit toujours dans la même saleté et dans la même misère qu'auparavant, continuent à fournir de nombreuses recrues au léprochori, qu'ils sont presque les seuls à peupler aujourd'hui. Donc la mauvaise hygiène contribue essentiellement à la multiplication des lépreux.

Enfin la convalescence d'une maladie grave et la syphilis surtout, dit le Dr Répanis, hâte l'éclosion de la lèpre héréditaire. Il posséderait de nombreux faits qui mettent la chose hors de doute. D'ailleurs, c'est là une remarque que nous avons faite déjà nous-même. Les Drs Siphnéos et Répanis ont observé que dans quelques famillles il y avait des enfants qui succombaient à la tuberculose et d'autres à la lèpre. C'étaient des gens qui vivaient dans le plus affreux dénûment et se logeaient dans des cavernes, comme des troglodytes.

Voici quelle est l'opinion du Dr Répanis relativement à la contagion. La cohabitation, m'a-t-il dit, dans son sens général et même conjugal, si prolongée qu'elle fût, ne m'a jamais fourni un seul exemple de transmission. Je la considère donc comme n'offrant pas le moindre danger et cela à n'importe quelle période de l'affection, aussi bien au début qu'à ses phases avancées, voire même à sa période ultime, lorsque le corps s'est couvert d'ulcères, que les os se sont nécrosés et que les membres se sont mutilés. Je n'ai jamais vu un individu habitant avec un lépreux, depuis plusieurs années, constamment, et même de la manière la plus intime, être contaminé. Le Dr Répanis nous a communiqué un certain nombre de faits qui plaident en faveur de cette manière de voir. Ainsi, il y a quelques mois, la mère de deux enfants lépreux expulsés,et qui les avait accompagnés au léprochori, où elle a passé onze années, est rentrée saine et sauve dans son village, ses enfants étant morts. De tels exemples se sont souvent présentés au Dr Répanis. Plusieurs femmes dont les maris, devenus lépreux, ont été cantonnés au léprochori, n'ont pas voulu profiter de la loi qui leur accorde le divorce. Elles ont suivi leurs époux, continué à panser leurs

ulcères et à avoir des relations intimes avec eux. Après avoir vécu au milieu des lépreux pendant dix et quinze ans, ces femmes, après la mort de leurs maris, sont retournées saines dans leurs villages et ne sont jamais devenues lépreuses.

Pas un des aumôniers qui ont partagé la vie misérable des infortunés lépreux dans le léprochori, pendant dix et même vingt ans, n'a gagné la lèpre.

Le fait du père Damien, passé sur les rives transatlantiques, reste sans exemple dans les centres lépreux de l'Orient, et en opposition constante et flagrante avec tout ce que l'observation nous démontre dans l'ancien continent.

Pour les Drs Siphnéos, Répanis et Bargigli, la lèpre est évidemment endémique à Mételin. Des cas isolés développés inopinément sur des individus dont les familles n'avaient point de lépreux, et en dehors de toute communication avec des personnes atteintes de la maladie, ne laissent aucun doute dans leur esprit à cet égard. Ils pensent aussi, chacun de son côté, que la lèpre disparaîtra de Mételin, après que l'autorité aura défendu d'une manière absolue le mariage entre lépreux ou avec un lépreux, et après que le gouvernement aura fait construire des asiles où la séparation des sexes rendra impossible toute relation; lorsque en un mot des mesures sévères seront prises pour empêcher toute procréation de candidats à la lèpre, et pour prévenir ainsi sa transmission par hérédité ; lorsque enfin, l'hygiène des villageois sera améliorée. Dès que la misère aura reculé et que le bien-être général se fera sentir chez les villageois, la lèpre s'éteindra définitivement d'elle-même. C'est là aussi notre conviction profonde, basée sur ce que l'histoire nous enseigne, à propos de la lèpre du moyen âge, et sur ce que je viens de constater à Chypre.

Messieurs et savants collègues, en finissant cette communication, concernant un seul foyer de la lèpre d'Orient, je dois ajouter que j'ai entrepris plusieurs voyages dans les Cyclades, en Égypte, en Palestine, à Samos, à l'île de Crète, pour étudier la lèpre, et qu'il me reste encore quelques localités à visiter, pour terminer ces études. Selon mes informations actuelles, il y a plus de 4,000 lépreux dans l'Empire Ottoman. Il y a en a plus de 200, à ma connaissance, dans la capitale, à Constantinople, dont la plupart, sans pain et sans abri, vivent de mendicité, ou plutôt meurent de faim. Je suis certain que, le jour où Sa Majesté Impériale le Sultan Hamid Khan II, dont le cœur noble et sensible compatit à tous les malheurs et dont la générosité fournit chaque jour les témoignages les plus éclatants, je suis certain, dis-je, que le jour où Sa Majesté sera informée par ses ministres de l'état lamentable de ces

lépreux qui se traînent dans la rue, aveugles et mutilés, tendant la main aux passants insouciants, un ordre impérial immédiat sera donné pour construire un asile destiné à recevoir et à soigner ces malheureux dignes de pitié. En attendant ce jour, je considère comme mon devoir de vous engager, Messieurs et chers collègues, à ne pas proclamer comme fait acquis ce qui est encore tout ou moins douteux, savoir la grande contagiosité de la lèpre. Les discours prononcés et les assertions émises dans les réunions des savants et des célébrités scientifiques sont souvent mal interprétés et parfois exagérés dans l'esprit des masses, qui s'en font prévaloir, comme dans ce cas, pour rendre encore plus affreux, inhumain et cruel le sort des malheureux lépreux!

VII. La lèpre en Roumanie,

par M. le professeur Kalindero (de Bucharest).

Messieurs,

Mon premier soin en prenant la parole sera pour vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait en me comprenant parmi les Présidents de ce Congrès. Je vous en remercie au nom de mon pays.

Je viens, Messieurs, vous faire, au nom de M. le professeur Babès et au mien, un exposé succinct sur la lèpre en Roumanie, mais qui sera développé dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine de Paris.

Permettez-moi, tout d'abord, de procéder par affirmations.

1° La lèpre existe en Roumanie.
2° Elle peut revêtir :

α) la forme tuberculeuse,
β) la forme tropho-neurotique,
γ) la forme mixte.

Pour mieux appuyer nos affirmations, j'ai l'honneur de vous présenter cet atlas, image réelle et pouvant former, dès le début, vos convictions sur ces deux affirmations.

PLANCHE I.

Maria Cràciun. — *Lèpre tuberculeuse.*

Cette planche nous montre une lèpre tuberculeuse présentant les formes tuberculeuses norvégiennes.

La face offre une infiltration diffuse; le nez, le menton et le lobule de l'oreille sont envahis par de véritables grappes de tubercules lépreux, formant des saillies végétantes et non ulcérées.

PLANCHE II.

Maria Cràciun. — *Lèpre tuberculeuse.*

Jambe et pied qui nous présentent des léprômes isolés. En outre, la jambe offre l'aspect de la peau de crocodile; la peau est hyperkératinisée.

PLANCHE III.

Ion Filipoiu. — *Lèpre tuberculeuse.*

La face présente des tubercules lépreux isolés, saillants, jaunâtres. Un tubercule ulcéré se trouve au niveau de l'angle du maxillaire inférieur.

PLANCHE IV.

Ion Filipoiu. — *Lèpre tuberculeuse.*

L'avant-bras et la main présentent des léprômes à leurs différents états d'évolution; quelques-uns, agminés, forment de larges ulcères recouverts de croûtes imbriquées.

PLANCHE V.

Dumitru Nicolae Nedelcu. — *Lèpre tuberculeuse.*

La face présente des tubercules clairsemés avec infiltration sous forme de plaques dans certaines de ses parties, avec décoloration, pâleur anémique de la peau qui paraît atrophiée par endroits.

Par places, et au niveau surtout du lobule du nez, on trouve un épaississement du derme avec vascularisation radiée visible.

Ces cas, comme quelques-uns des suivants, peuvent se rapprocher de la lèpre tuberculeuse norvégienne. Notre cas est moins diffus, plus atrophique, avec décoloration de la peau qui paraît exsangue, mais non kératinisée.

Le diagnostic a été précisé par l'examen du sang qui nous a indiqué la présence des bacilles, loin des tubercules lépreux.

PLANCHE VI.

Dumitru Nicolae Nedelcu. — *Lèpre tuberculeuse.*

La plante du pied nous représente des léprômes sous forme de tubercules isolés dans certaines parties; d'infiltration en plaques dans certaines autres parties de sa surface.

Les tubercules ont passé par les différents états d'infiltration, d'ulcération, de cicatrisation, enfin le dernier terme de l'atrophie et de la rétraction des parties profondes.

Planche VII.

Dumitru Nicolae Nedelcu. — *Lèpre tuberculeuse.*

La langue présente des fissures surtout transversales. Elle est inégale à sa surface et présente des saillies les unes isolées, mais la plupart sous forme d'infiltration en plaques, qui lui donnent un aspect inégal et raboteux. La vascularisation en est modifiée et la coloration de la muqueuse est d'un blanc clair.

Planche VIII.

Anna Mariu Francu. — *Lèpre tuberculeuse.*

La face présente l'épaississement du derme par plaques sur les joues; les ailes du nez commencent à s'infiltrer et à se rétracter en partie.

La coloration de la peau est modifiée par la vascularisation plus étendue; elle est rose sur les joues, d'un bleu qui varie jusqu'au bleu vineux dans certaines parties.

Planche IX.

Anna Mariu Francu. — *Lèpre tuberculeuse.*

Sur la jambe, on trouve de nombreux tubercules, plus ou moins saillants, ronds, rouges, isolés ou formant par places des groupes miliaires; dans certaines parties, on voit des plaques d'infiltration.

Il est à noter que l'existence des troubles tropho-neurotiques est confirmée par la présence de vésicules pemphigoïdes, qui se dessèchent dans certaines parties et se recouvrent d'une croûte jaune blanchâtre. Dans certaines parties, l'épiderme est aminci et forme de nombreux vides comme au genou et sur le bord externe du pied; ces modifications sont également de nature tropho-neurotique; l'épiderme, dans ces cas, n'est pas soulevé par de la sérosité pour former des bulles et la modification s'arrête dans son évolution.

Il est à noter que ces altérations constatées sur la jambe de notre malade sont très difficiles à différencier de certains aspects de la peau qu'on voit dans les sarcomes cutanés généralisés de Kaposi.

Cette planche, comparée à celle du sarcome de notre collection, pourrait convaincre facilement l'observateur par le simple aspect des deux planches.

L'application d'un vésicatoire et l'examen microscopique ultérieur des tumeurs du derme ont pu, seuls, élucider le diagnostic différentiel.

Planche X.

Parascheva X... — *Lèpre tropho-neurotique systématisée nerveuse avec atrophie musculaire. — Main en griffe.*

La face offre une infiltration diffuse avec une légère excoriation au niveau de l'angle du maxillaire inférieur.

Les deux mains présentent l'atrophie des muscles interosseux, etc., avec

la forme en griffe. L'aponévrose palmaire est rétractée comme dans l'affection décrite par Dupuytren.

PLANCHE XI.

Parascheva X... — *Lèpre tropho-neurotique systématisée nerveuse.*

Le dos présente des éruptions érythémateuses circinées, un érythème marginé. Ce cas se rapprocherait, par les éruptions du dos, de la lèpre gyrata.

Il est à remarquer que ce cas nous a donné de très beaux résultats dermographiques, indiquant des troubles vasomoteurs très caractéristiques.

PLANCHE XII.

Parascheva X... — *Lèpre tropho-neurotique systématisée nerveuse.*

On voit le long de la face interne du bras, et dans le trajet du cordon vasculo-nerveux, une éruption érythémateuse ayant les mêmes caractères que celle du dos.

PLANCHE XIII.

Parascheva X... — *Lèpre tropho-neurotique, systématisée nerveuse.*

Le dos du pied nous présente une tuméfaction qui comprend la peau et le squelette lui-même.

La malade a présenté de l'onyxis, du péri-onyxis, avec altération de la phalangette du cinquième orteil, qui a été en dernier lieu amputé.

PLANCHE XIV.

Dumitra Stancu. — *Lèpre tropho-neurotique systématisée nerveuse.*

On remarque sur les genoux des éruptions pemphigoïdes qui contiennent des bacilles classiques. L'une est en état d'ulcération; l'autre s'est desséchée sur place, la phlyctène bulleuse ne s'étant pas ulcérée.

PLANCHE XV.

Dumitra Stancu. — *Lèpre tropho-neurotique systématisée nerveuse.*

On remarque :

1° Sur le genou une bulle pemphigoïde;

2° Une rétraction du pied sur la jambe, indice d'altérations plus profondes;

3° La mutilation des orteils.

PLANCHE XVI.

Dumitra Stancu. — *Lèpre tropho-neurotique systématisée nerveuse.*

Les plantes des pieds présentent :

1° Une induration généralisée du derme;

2° Des maux perforants lépreux sous forme d'ulcères entourés d'un épiderme corné, à couches concentriques, très épais et qui sont sur cette planche en voie de cicatrisation;

3° Des ulcérations avec mutilation des orteils;
4° Les doigts sont atrophiés et recouverts d'éruptions squameuses.

Planche XVII.

Dumitra Stancu. — *Lèpre tropho-neurotique systématisée nerveuse.*

Le dos nous présente une éruption maculeuse, pigmentaire, sous forme de larges plaques, de macules pigmentaires, ayant une intensité plus ou moins marquée dans sa coloration, variant du jaune sombre au jaune plus clair et laissant entrevoir des parties de la peau dans son état de coloration presque normale.

Le diagnostic a été confirmé par l'examen du sang; dans les produits des ulcérations, nous avons pu constater la présence des bacilles classiques.

Conclusion :

Par la série de ces planches XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII et XXIII, on a pu se convaincre de l'existence de la lèvre tropho-neurotique en Roumanie.

Planche XVIII.

Lina, fille de Dumitra Stancu, seize mois. — *Lèpre actuellement tuberculeuse.*

Cette enfant est née d'une femme présentant les caractères classiques d'une lèpre tropho-neurotique.

Depuis l'âge de six mois environ, elle a des léprômes de la face seule, trois tubercules sur la partie inférieure de la face gauche, un tubercule sur la région parotidienne droite.

On voit, par cet exemple, l'identité de la lèpre tuberculeuse et tropho-neurotique.

Cette observation nous présente cet intérêt qu'une mère lépreuse tropho-neurotique a pu procréer une fille atteinte de lèpre tuberculeuse, classique pour le moment, mais pouvant finir par devenir mixte, ainsi que nous avons pu le constater dans nos nombreuses observations et dans quelques-uns des types reproduits dans cet atlas. Le mot procréer a été employé sans que je veuille nullement préjuger la question de l'étiologie: la transmission s'est-elle faite par hérédité ou par contagion?

Mes observations propres me conduisent à admettre la contagion comme la voie la plus ordinaire dans la propagation de la lèpre. Sans pouvoir exclure d'une manière absolue l'influence de l'hérédité, je dirai que dans ce cas la mère présentait de nombreux bacilles dans le sang; mais l'examen de son lait, et les nombreuses cultures faites avec ce lait ne nous ont donné que des résultats négatifs. La contagion directe me paraît donc être la voie ordinaire de la multiplication de la lèpre,

et ce fait, en l'absence des résultats négatifs des cultures du lait, ne viendrait-il pas en faveur de la contagion directe? Je m'explique : cet enfant, sain d'apparence et sans aucune éruption ou manifestation lépreuse sur le reste de son corps, est envahi en peu de temps par des léprômes, qui commencent par les joues; — ce début n'indiquerait-il pas la contagion directe de l'enfant qui se trouve, par l'acte de téter, en contact continuel avec la peau de sa mère, et cela pendant de longues heures? M. Babès n'a-t-il pas démontré la contagion par la peau intacte et par la voie des poils?

Vous voyez, Messieurs, que dans ce cas, les léprômes paraissent siéger sur les parties de la face qui sont le plus en contact avec les seins de la mère dans l'allaitement.

Planche XIX.

Alexis Léonti, Russe, né à Braïla.

Il entre dans le service pour une lèpre anesthésique pure, qui s'est transformée, sous nos yeux, en lèpre mixte.

Ces deux cas sont trop évidents et nous prouvent : 1° la contagion d'une lèpre anesthésique donnant naissance à une lèpre tuberculeuse ; 2° la transformation de la lèpre nerveuse pure en lèpre mixte, et, sans contestation aucune, puisque ces manifestations se sont faites sous nos yeux.

Planche XX.

Jonitza Stoïca. — *Lèpre mixte.*

La face présente : 1° une vascularisation plus grande de la peau; 2° des léprômes à l'état de tubercules isolés (lobule de l'oreille, région des joues), soit à l'état miliaire en groupes (sillon naso-labial, sourcil),

Planche XXI.

Jonitza Stoïca. — *Lèpre mixte.*

Le membre inférieur nous présente :

1° Une infiltration diffuse du derme de la jambe, dans laquelle on peut saisir des saillies lépromateuses ;

2° Des éruptions pemphigoïdes à différentes périodes d'évolution;

3° Des tubercules isolés;

4° Des altérations des ongles, de véritables onyxis lépreux.

Planche XXII.

Constantin Olteanu. — *Lèpre mixte.*

La face présente les caractères du type de léontiasis par léprômes diffus et nodulaires.

Cette planche se rapproche de la variété léontiasique pachydermique de Leloir.

Planche XXIII.

Constantin Olteanu.

Type classique de l'onyxis lépreux.

Planche XXIV.

Lina Dumitriu. — *Lèpre mixte.*

L'aspect de la face nous fait voir l'infiltration lépromateuse dans le derme, avec des tubercules clairsemés par endroits.

Planche XXV.

Lina Dumitru. — *Lèpre mixte.*

Pied avec onyxis lépreux commençants.

Sur le gros orteil, il y a péri-onyxis et probablement avec altération concomitante de la phalangette par ostéo-périostite.

Planche XXVI.

Dumitru Borta. — *Lèpre mixte.*

L'avant-bras présente des éruptions pemphigoïdes à différents états d'évolution.

Les planches suivantes pourront vous faire voir leurs caractères, leur coloration, etc.

Planche XXVII.

Dumitru Borta. — *Lèpre mixte.*

Éruptions pemphigoïdes. Cicatrices blanchâtres.

Planche XXVIII.

Dumitru Borta. — *Lèpre mixte.*

Éruptions pemphigoïdes, multiples. Cicatrices multiples. État de kératinisation de la peau. Différents états de pigmentation.

Planche XXIX.

Dumitru Borta. — *Lèpre mixte.*

Éruptions pemphigoïdes. État de kératinisation de la peau, qui est momifiée et atrophiée.

Le pied est réduit à l'état de véritable momie.

Le gros orteil est mutilé.

Planche XXX.

Ce malade a présenté des tubercules lépreux sur la langue, le voile du

palais et la voûte palatine. L'évolution des léprômes s'est faite en même temps que les éruptions tropho-neurotiques.

Le malade est mort et l'autopsie a montré la présence de granulations miliaires sur la plèvre et dans les poumons.

Planche XXXI.

Maria Radu. — *Lèpre mixte.*

Systématisée nerveuse débutant par les extrémités qui nous présentent des mutilations des pieds et des mains.

Planche XXXII.

Maria Radu. — *Lèpre mixte.*

Amputation des doigts.

Planche XXXIII.

Maria Radu. — *Lèpre mixte.*

Amputation du pied, qui se présente sous la forme d'un pilon.

Cette malheureuse présentait de nombreuses éruptions tuberculeuses sur différentes parties du corps. Elle était complètement aveugle.

La photographie ci-jointe peut compléter l'idée de l'état de cette malheureuse.

L'autopsie en a été faite par M. le professeur Babès.

Ces dernières planches qui nous indiquent ces mutilations nous font penser aux amputations congénitales et à l'*aïnhum* qui paraissent avoir la même origine. M. Collas les a, le premier, considérées comme des lèpres amputantes.

Cette opinion ne me paraît pas dénuée de fondement. Je crois être arrivé à la confirmation de cette opinion, et j'indique dès aujourd'hui l'application des vésicatoires dans de pareils cas, comme pouvant faciliter la multiplication des bacilles vers le troisième ou quatrième jour de son application, et faciliter ainsi l'examen bactériologique dans ces cas, malheureusement peu nombreux pour l'observateur.

Je dois ajouter, avant de terminer, que tous nos cas ont été vérifiés au point de vue diagnostique par toutes les recherches bactériologiques, qui ont toujours confirmé le diagnostic clinique.

J'ai l'honneur de vous présenter, en dehors de ces preuves microscopiques, des préparations microscopiques qui pourraient faciliter la conviction de quelques-uns d'entre vous, ébranler celle des autres, par les détails qu'ils y trouveraient au point de vue de l'histologie et de l'anatomie pathologique; l'étiologie elle-même pourrait être ainsi

éclaircie, non pour former une opinion définitive, mais pour en préparer la voie.

Permettez-moi de vous faire ici un court exposé de ces pièces.

Pièce nº 1. — Dans toutes les autopsies de lèpre, on trouve dans les poumons des bacilles — qu'il existe ou non des tubercules pulmonaires — et dans ces cas il est difficile de les bien différencier. Toutefois, les bacilles de la lèpre se trouvent dans l'intérieur de l'endothélium des capillaires, et quelquefois, mais rarement, à l'état libre. La réaction et la topographie des microbes, dans les préparations où il existe une destruction tuberculeuse des poumons, ne sont pas des indices distinctifs suffisants pour qu'on puisse faire la différence entre les bacilles de la lèpre et ceux de la tuberculose. Nous sommes toutefois persuadés que dans ces observations les deux variétés de microbes existent et s'associent.

Dans ces cas, on observe dans les poumons des lésions qui ne sont que la continuation des lésions lépreuses des ganglions et qui ne font que s'étendre au tissu pulmonaire.

Dans notre mémoire à l'Académie, nous serons plus clairs et plus précis à cet égard.

Les bacilles de la lèpre se trouvent dans les foyers caractéristiques par grosses masses, de sorte que les destructions profondes du tissu pulmonaire ne sont pas des indices certains de la tuberculisation seule, sans coexistence de l'altération lépreuse elle-même.

Dans la préparation nº 1, on peut voir des nodules, probablement des follicules lymphoïdes, dans l'intérieur desquels on trouve des bacilles et certaines de ces particularités sus-indiquées.

Pièce nº 2. — *Testicule.* — Les bacilles se trouvent dans le tissu interstitiel et dans l'intérieur des tubes séminifères.

Pièce nº 3. — *Rate.* — Les bacilles tapissent les trabécules de la rate et pénètrent dans l'intérieur des corpuscules de Malpighi.

Pièce nº 4. — *Peau.* — On voit des bacilles à la surface et dans la profondeur de la peau; on peut en voir dans la couche cornée, dans les cellules qui s'en détachent, et, chose importante, dans la tunique des poils, parfois sans aucune altération de la peau, ni de l'épiderme.

Pièce nº 5. — On voit des follicules pileux remplis de bacilles. Cette préparation pourrait servir à la démonstration de la propagation des bacilles de la surface de la peau dans son intérieur, par l'intermédiaire des poils, et nous expliquerait la contagion de l'enfant par la mère dans notre observation.

Pièce nº 6. — Pus pris sur des ulcérations de la bouche.

Pièce nº 7. — *Reins.* — L'irritation interstitielle est évidente.

Pièce nº 8. — *Glande mammaire.*

Pièce nº 9. — *Sécrétion des paupières.*

Pièce nº 10. — *Mucus vaginal.*

Pièce nº 11. — *Mucus anal.*

Contiennent de très grandes quantités de bacilles.

Pièce nº 12. — Le lait contient peu de bacilles.

Pièce nº 13. *Suc ovarique.* — Renferme des masses énormes de bacilles. Nous n'avons pas encore examiné les follicules de de Graaf.

Pièce n° 14. — Le mucus de l'urèthre contient de très nombreux bacilles, et dans ce cas il faut être prévenu de ce fait, car la présence des bacilles dans l'urine ne provient pas des reins, mais bien de l'urèthre.

Les altérations des intestins, du cœur restent à examiner. — Les préparations n'ont pas été suffisamment concluantes et nous désirons faire de nouvelles études avant d'émettre un avis à cet égard. Nous pouvons toutefois émettre presque une certitude sur l'existence des bacilles dans ces cas.

La moelle épinière n'a pas pu être examinée, car elle n'était pas assez durcie. Les nouvelles préparations ne nous ont pas donné de résultats certains. Nous n'avons eu qu'une seule moelle à examiner. Nous sommes convaincus de l'existence des bacilles lépreux dans le système médullaire et nous nous faisons forts de le démontrer dans de nouvelles pièces, ainsi que l'un de nous l'a observé dans le passé, et nous tenons d'autant plus à donner cette preuve, que nous croyons tirer quelques applications cliniques de ces localisations, pour la classification de la lèpre en périphérique, centrale ou combinée, localisations répondant, sur le terrain anatomo-pathologique, aux formes tuberculeuses, nerveuses et mixtes.

J'ai en outre à vous présenter les préparations suivantes.

Pièce n° 15. — *Sérosité péricardique.*

Pièce n° 16. — *Foie.*

Pièce n° 17. — *Moelle des os.*

Pièce n° 18. — *Substance cérébrale* à l'état frais au niveau du noyau lenticulaire et de la capsule interne.

Toutes ces préparations contiennent des bacilles lépreux non douteux; nous donnerons à cet égard des dessins détaillés.

D'après ce qui précède, vous pouvez déjà vous faire une opinion sur la lèpre tant au point de vue de l'anatomie que de la physiologie pathologiques. Peut-être même ressort-il de ces faits, de ces observations cliniques reproduites par le dessin, de ces préparations microscopiques, que j'ai déjà quelques raisons d'être contagioniste.

J'appartiens, Messieurs, en dermatologie à l'école de Ricord et Hardy; et si, en étiologie, je me trouve en contradiction avec mes maîtres, je le proclamerai haut et fort, parce que je veux faire ressortir le mérite de ces deux éminents cliniciens, qui ont fait des élèves comme Bassereau, Diday, Fournier, etc., qui n'ont pas craint à leur tour de combattre les opinions, parfois très restreintes ou trop réservées, de leur propre chef, et ainsi ces maîtres, grâce à leur tolérance pour les idées des autres, ont rendu les plus grands services à la dermatologie et à la syphilis. C'est le côté très original de leur nature.

Je reviens maintenant à l'exposé succinct de la lèpre en Roumanie. Je n'y aborderai que les points les plus importants et je vous indiquerai leurs particularités cliniques.

Cette maladie paraît exister dans notre pays depuis longtemps déjà; nos recherches variées nous conduiraient à admettre des cas de lèpre, environ soixante ans avant notre étude — c'est le seul renseignement historique qu'on puisse avoir sur la lèpre en Roumanie. D'ailleurs, cette affirmation n'a rien de certain, ni d'officiel. Le Dr Schweiber a publié dans les *Archiv für Dermatologie und syphilis* (1874, p. 363), une notice de peu d'importance sur ce sujet.

La lèpre se trouve répandue le long du Danube, dans la plaine et même dans les montagnes; on trouve dans la thèse d'un de nos élèves, des cas venus de Transylvanie, c'est-à-dire du côté du territoire autrichien, ce qui indiquerait que la traînée lépreuse existe des deux côtés de notre frontière et se prolongerait du côté de la Turquie par la Dobrogea.

Les cas sont toutefois clairsemés dans notre pays; ils ne forment pas des foyers, mais des faits isolés. Un, deux à trois dans une commune, jamais plus; ordinairement un seul cas sans continuité de voisinage.

Je dois ajouter que la maladie paraît avoir existé bien avant l'époque indiquée plus haut, car notre pays a toujours été en communication par la voie d'eau (par le Danube), avec l'Orient (l'empire turc et l'Archipel), ou par la voie de terre avec la Russie méridionale. Actuellement encore, les chiffres officiels des lépreux sont au-dessous de la vérité et les statistiques sont loin d'être exactes; les statistiques n'indiquent que vingt-cinq à trente cas, la Dobrogea comprise; tandis que pour ma part, j'ai pu en observer depuis vingt ans beaucoup plus. Rien qu'à l'hôpital Brancovan, j'ai recueilli vingt et un cas depuis 1882. La statistique officielle des lépreux en Roumanie doit donc être complétée dans l'avenir.

Dans les communes de la Dobrogea, en particulier dans celles de Cara-Osman et Jarilovca, existent des lépreux russes (Tartares ou autres), qui ont formé des colonies dans ces localités en 1852. Des colons tartares, venus de la Crimée, seraient atteints de la lèpre et reconnaîtraient l'origine russe.

La voie d'eau serait suffisante pour nous expliquer l'entrée de la lèpre en Roumanie, et nos relations commerciales avec l'Archipel sont trop fréquentes pour ne pas nous expliquer cette origine de la lèpre roumaine; toutefois, nous croyons que la voie de terre a été plus puissante pour multiplier les cas de lèpre dans notre pays. Nous aurons l'occasion de faire, dans un autre mémoire, l'historique de la lèpre dans les pays limitrophes; je me contenterai pour le moment de dire que les documents officiels russes, principalement les Archives de Moscou, indiquent l'existence de la lèpre en Russie dès le xve siècle; au

XVIIIe siècle, la lèpre était tellement répandue au sud de la Russie, que le gouvernement s'est vu forcé de prendre des mesures d'isolement pour les Cosaques du Don, auxquels on interdisait la cohabitation avec leurs femmes. Il ressort de la lecture de ces chroniques officielles que les médecins de l'époque, Meira, Mirbeil, etc., méconnaissaient le véritable caractère de la maladie, qu'ils décrivaient sous la rubrique de *syphilis compliquée de scorbut*. La lèpre n'a fait, depuis, que s'étendre dans les régions des Cosaques du Volga, du Kouban, etc., à la suite des différentes expéditions militaires, qui les mettaient en rapport les uns avec les autres. Ces données historiques parlent en faveur de la contagion.

En 1847, le professeur Mönch, de Kiew, a pu constater, par lui-même et dans différents voyages, que la lèpre existait encore le long du Volga, en Crimée et vers Samarkand ; il a pu faire une statistique, incomplète il est vrai, de plus de trois cent cinquante lépreux. Nous ne voulons pas entrer dans de plus longs détails sur la lèpre en Russie, nous avons cherché à démontrer par ce petit résumé que :

1° La lèpre a existé dans le sud de la Russie ;

2° Qu'elle a régné parmi les peuplades qui ont formé l'avant-garde des différentes invasions que notre pays a supportées;

3° La contagion par la voie de terre, par suite des invasions tartares et russes, est plus probable que celle par la voie d'eau (l'origine de l'Archipel, etc.);

4° Cette contagion a pu se renouveler et l'ensemencement se faire dans les différentes invasions de notre pays par ces hordes barbares.

Étiologie.

Sans entrer dans de trop longs détails sur l'étiologie, je dirai que mes observations me conduisent à ce résultat que :

1° La contagion, sans hérédité aucune, paraît avoir eu lieu dans la plupart de nos cas ;

2° La contagion a été certaine dans deux à trois cas au moins ; des enfants sains, sans antécédents héréditaires, portés pendant longtemps dans les bras de serviteurs lépreux, ont pu devenir lépreux à leur tour;

3° Dans deux cas, j'ai observé l'hérédité collatérale (oncles et nièces) qui a pu toutefois n'être qu'une contagion probable, en raison du degré de parenté entre oncles et nièces et par le contact de tous les jours (cohabitation, etc.), dans la vie habituelle.

4° Nous avons dans nos observations deux faits remarquables de

contagion dont l'un d'eux figure dans nos planches. Il s'agit d'une mère lépreuse, à forme tropho-neurotique, qui allaite son enfant âgé de seize mois ; ce dernier devient lépreux tuberculeux, ce qui indique l'identité des deux lèpres ; et, en outre, il ne devient lépreux que par les joues, c'est-à-dire par les parties en contact avec les seins de la mère, contact qui se produisait pendant plusieurs heures de la journée par l'allaitement. Nous vous avons montré plus haut des préparations : 1° avec des bacilles à la surface de la peau intacte; 2° des poils avec infiltration bacillaire de leur tunique. Nous devons ajouter d'un autre côté que le sang de la mère contenait des bacilles; le lait lui-même, malgré le résultat négatif des cultures, en contenait quelques-uns.

Dans ce cas, faut-il admettre l'hérédité, l'infection ou bien la contagion proprement dite ?

Ces exemples peuvent nous servir à reconnaître les difficultés d'une étiologie bien précise ; la transmission par le sang, ou d'autres voies, par la voie aiguë ou chronique. Quant à moi, sans entrer dans d'autres détails, en face de mes observations, tenant compte des opinions émises dans les discussions académiques, tenant compte des expériences faites dans ces derniers temps sur l'homme lui-même avec résultats positifs, tenant compte enfin des préparations microscopiques, sur lesquelles nous avons attiré votre attention plus haut et qui indiquent que la voie cutanée, le chemin des poils est une route qui pourrait laisser passer les bacilles lépreux, je suis porté à croire à la contagion en première ligne, sans vouloir exclure l'hérédité d'une manière absolue ; et cette réserve m'est imposée par la présence des bacilles dans les testicules, le sperme et les ovaires.

Les causes morales elles-mêmes pourraient servir à préparer le terrain et nous avons à cet égard deux observations fort concluantes.

Je suis porté à croire, pour ma part, que la contagion prime tellement l'hérédité que celle-ci paraît très difficile à admettre ; et cela à l'inverse de ce qui arrive pour la tuberculose, malgré les affirmations contraires qui ont été énoncées dans ces derniers temps (Landouzy, etc.).

On trouvera plus loin les résultats de nos inoculations faites sur les différents animaux ; elles ont été négatives et n'ont donné un résultat positif que sur le singe seulement, lèpre locale sans aucune manifestation ou généralisation; ces faits toutefois ne prouveraient pas la non contagion de la lèpre.

Symptomatologie.

La symptomatologie ne nous occupera pas dans cet exposé ; elle est

trop bien décrite dans le mémoire de Leloir pour que nous ayons à ajouter quelque chose.

Qu'il nous soit permis toutefois de vous rapporter ici l'observation très curieuse d'un lépreux : Alexi Leonti, atteint de lèpre anesthésique, tropho-neurotique, qui nous a procuré l'occasion d'assister à l'apparition de trois tubercules lépreux sur le sourcil gauche et le poignet pendant son séjour à l'hôpital. Nous avons ainsi assisté à la transformation de la lèpre nerveuse en lèpre mixte.

Ce malade est intéressant par les troubles de la sensibilité qu'il présentait, et principalement par les modifications vasomotrices de la peau sous l'influence de différents excitants physiques, chimiques, électriques, etc.

Alexi Léonti, quarante et un ans ; non marié, pêcheur, nationalité russe, domicilié à Braïla, où il est né, du reste.

Cet individu entre dans notre service avec une lèpre anesthésique pure ; on ne trouve dans ses antécédents que des excès alcooliques, peu nombreux toutefois.

Il y a treize ans, il a souffert pendant trois mois de fièvres intermittentes, auxquelles il est souvent exposé, en raison même de sa profession de pêcheur ; il habite presque continuellement les marais du Bas-Danube.

Il n'y a pas d'hérédité dans la famille ; aucun de ses parents ne paraît atteint de son affection.

Il nous raconte que pendant la guerre turco-russe de 1877 il s'est souvent mis en contact avec les soldats russes, les Cosaques et surtout la horde des paysans russes qui faisaient le transport des vivres et qui se comptaient par milliers ; il ajoute, en outre, qu'il a souvent voyagé en Bessarabie.

Sa maladie remonte à sept ans ; elle aurait débuté par une sensation de fourmillement commençant par le pénis et s'irradiant le long de la colonne vertébrale jusqu'à la nuque ; le malade insiste beaucoup sur ce début qui aurait un point de départ génital suivant lui ; on trouve même aujourd'hui des papules sur la verge, qui n'ont fait que se répéter depuis.

Cette sensation de fourmillement s'associait à des douleurs parfois insupportables. Ces troubles ont duré pendant l'automne et l'hiver de 1881. Depuis lors, il lui est survenu des éruptions pemphigoïdes sur différentes régions du corps (genou, face, doigts, mains, membres supérieurs et inférieurs). Ces éruptions étaient suivies de bulles qui se desséchaient sur place ou bien donnaient naissance à des ulcérations. Actuellement celles-ci sont remplacées par des cicatrices superficielles, blanchâtres.

État actuel. — Ce qui attire actuellement notre attention, c'est la coloration de la face qui est d'un livide clair — la peau paraît comme ridée et par le toucher on dirait qu'elle est épaissie, comme infiltrée ; cet état est plus prononcé sur le front.

La peau présente une coloration foncée sur la nuque avec des taches blanches, nacrées par places.

La partie postérieure du thorax n'offre rien de particulier ; la région anté-

rieure offre un tache blanchâtre nacrée, de la dimension d'une pièce de 5 francs, reste d'une bulle pemphigoïde ; des taches semblables existent sur d'autres régions du corps. Actuellement, on trouve des bulles pemphigoïdes desséchées sur l'indicateur gauche, sur l'extrémité inférieure et postérieure du radius gauche, sur les deux genoux.

La peau des jambes est sèche, exfoliée, à caractère ichthyosique. Les ongles sont secs, blancs, épaissis et détruits à leur extrémité libre.

Les troubles de la sensibiliié occupent le sourcil gauche, les mains, les avant-bras, les pieds et les jambes.

Une particularité encore intéressante chez notre malade, c'est : 1°) d'avoir vu apparaître des bulles pemphigoïdes sur les mains et les doigts ; 2°) trois tubercules sur le sourcil gauche et le poignet, dont la piqûre a pu nous donner du sang contenant des bacilles très gros, très robustes. Je dois ajouter que l'examen, fait avant l'apparition de ces tubercules, nous avait confirmés dans le diagnostic de notre lèpre.

J'arrive maintenant à la partie la plus intéressante de cette observation, aux troubles vasomoteurs constatés chez cet individu ; ces phénomènes dermographiques, indiqués par Gull et Zunker dans l'urticaire, par M. Dujardin-Beaumetz et par d'autres auteurs dans l'hystérie, par M. Charcot dans l'épilepsie, etc., n'ont jamais été indiqués, que je sache, dans la lèpre.

Sans entrer dans d'autres explications à cet égard, qu'il me soit permis d'indiquer en détail ces troubles chez notre malade.

1° Effets produits par excitations mécaniques, par pression simple. — *Front.* — Le simple toucher de la peau par un instrument mousse (porte-plume, etc.) est suivi d'une pâleur anémique, qui est remplacée au bout de vingt minutes par une rougeur, entourée elle-même de deux zones pâles ; celles-ci à leur tour rougissent. Au bout de vingt-cinq minutes, ces rougeurs deviennent de plus en plus saillantes et le tout disparaît progressivement au bout de deux heures.

Ces mêmes manifestations peuvent être constatées sur le dos du nez, sur le sourcil gauche au niveau de la partie anesthésiée, sur les paupières, sur la face (au bout d'une minute, rougeur ; quatre minutes après, la saillie rouge). Si nous traçons avec ce même instrument mousse une ligne verticale continue sur le front, le sourcil, la paupière et la face gauches, le relief de la saillie rouge est moins prononcé sur la partie anesthésiée du sourcil que sur le reste du tracé.

L'excitation de la muqueuse des lèvres, de la voûte palatine ne produit que la rougeur simple sans saillie.

Sur le cou, la rougeur apparaît sur une étendue de 3 centimètres ; elle est suivie au bout de deux minutes d'une forte élevure de la peau.

Une pression faite suivant une ligne oblique, étendue de l'épaule gauche à l'épine iliaque droite, est suivie des mêmes manifestations congestives ; je dois ajouter que la saillie présente plus de relief et plus de coloration sur le thorax que sur l'abdomen. Le relief a persisté pendant seize heures.

Une pression faite par un instrument mousse suivant une ligne oblique, le long des membres supérieurs et inférieurs, nous donne le même relief, avec seule particularité qu'il apparaît avec moins d'intensité et d'autant plus tardivement qu'on se rapproche des parties anesthésiées.

En résumé, ces réactions vasomotrices de la peau existent sur toute la

surface du corps, avec la seule réserve de leur apparition plus lente et moins intense sur les parties anesthésiées.

Je dois ajouter que les piqûres sont suivies d'une papule rouge, élevée, saillante, ronde ; ces papules ne se forment pas, si au préalable on a projeté sur la peau des jets d'éther ou de chloroforme; la rougeur seule se manifeste alors. Nous n'avons jamais pu reproduire l'effigie d'une monnaie.

2° Effets produits par excitations électriques.

Les courants interrompus donnent de la rougeur et quelques saillies papuleuses discrètes. Les courants continus produisent, par contre, une rougeur plus intense et une éruption papuleuse plus confluente.

3° Effets produits par différents agents anesthésiques.

La *cocaïne* paraît retarder de deux minutes l'apparition du relief sur la partie anesthésiée.

L'*éther* retarde ces phénomènes de deux minutes et demi. Si nous éthérisons la peau au point de la rendre insensible aux piqûres, ces phénomènes ne surviennent qu'au bout de vingt minutes et n'atteignent leur summum d'intensité que trente minutes après. Nous avons, en outre, pu retarder la manifestation de ces phénomènes, en continuant par des éthérisations l'insensibilisation de la peau.

Le *chloroforme* produit un retard de douze ou quinze minutes.

La *glace* elle-même fait retarder ces manifestations de dix à douze minutes.

Je reviens maintenant aux points principaux de notre sujet.

En Roumanie, les formes de la lèpre sont aussi variées qu'en Occident, et, si l'affirmation de M. le Dr Zambaco pouvait être exacte, le pays roumain ferait partie de l'Occident et non de l'Orient, et ses limites de séparation d'avec l'Orient ne seraient plus le Danube, mais la lèpre qui existerait ici avec ses formes variées, tandis que en Orient elle n'existerait que sous la forme tuberculeuse.

Vous avez pu vous convaincre par ces nombreuses planches que nous avons mises à votre disposition de l'existence : 1° de la lèpre tuberculeuse, la plus fréquente en Roumanie; 2° de la lèpre tropho-neurotique, dont nous citons deux spécimens, avec la particularité de la transmission de la lèpre nerveuse de la mère à son enfant, qui présente actuellement une lèpre tuberculeuse; 3° de la lèpre mixte; 4° enfin, nous avons de nombreuses observations de lépreux commençant par la première de ces formes et finissant par la seconde et *vice versâ*.

Diagnostic.

Le diagnostic ne doit pas nous occuper trop longtemps, car il se trouve développé dans tous les traités classiques. Nous devons cependant attirer votre attention sur les difficultés à vaincre dans le diagnostic différentiel entre la lèpre et le sarcome généralisé de la peau. Ces deux

planches peuvent vous convaincre de cette vérité. (N° 7, sarcome et n° 9, lèpre.)

Je dois vous dire, Messieurs, que je crois être arrivé à un moyen pratique qui pourrait nous éviter les erreurs dans certains cas. Cette affirmation de ma part est basée sur de nombreuses expériences faites par moi, en collaboration avec mon chef de clinique, le Dr Luca Theodoriu.

Partant de ce point de vue que le sang des lépreux contient quelquefois des bacilles, même dans la circulation générale et en dehors des tubercules lépreux, nous avons appliqué des vésicatoires sur la peau de nos lépreux, pour voir jusqu'à quel point la sérosité de l'épispastique ne serait pas un milieu de culture favorable à la multiplication des bacilles. La sérosité par elle-même ne nous a pas donné de bacilles, mais le vésicatoire, entretenu pendant cinq à huit jours, a pu nous fournir dans les matières de suppuration des bacilles mêlés aux éléments du pus. C'est d'ordinaire entre le cinquième et le septième jour de la suppuration du vésicatoire que les bacilles apparaissent.

Nous avons été conduits à ce résultat par l'examen des liquides exsudés à la surface d'une brûlure chez un de nos malades.

Nous attirons l'attention des observateurs sur les faits qui pourraient servir plus tard à démontrer les relations de parenté qui pourraient exister entre la lèpre et l'aïnhum, et à en préciser les différences.

Je ne suis pas loin de croire que les amputations congénitales spontanées et l'aïnhum, considérées comme identiques, pourraient bien être considérées comme des lèpres amputantes, et l'opinion du Dr Collas ne me paraît pas dénuée de fondement.

Je crois être arrivé à la confirmation de cette opinion, mais je n'ose encore me prononcer à cet égard d'une manière positive et définitive.

Le *traitement* a varié : nous avons eu recours aux méthodes de Peters et de Unna; le sublimé corrosif nous a donné des résultats d'améliorations marquées, mais jamais de guérison complète — les malades d'ordinaire ont été perdus de vue après leur sortie de notre service.

Nous désirons, Messieurs, vous dire quelques mots avant de finir sur la :

Pathogénie et Anatomie pathologique de la lèpre.

Nous ne voulons pas entrer dans les détails des lésions de la lèpre, que nous nous réservons d'exposer dans un mémoire plus détaillé que nous aurons l'honneur d'adresser à l'Académie de médecine. Nous

désirons toutefois apporter certaines données qui nous paraissent éclaircir certains points douteux dans la pathogénie et l'anatomie pathologique de la lèpre.

M. le professeur Leloir a bien voulu attirer notre attention sur certaines de ces questions.

1° La lèpre existe en Roumanie, ainsi que nous l'avons dit précédemment, avec la diversité de formes admises par les observateurs.

α. Lèpre tuberculeuse,

β. Lèpre tropho-neurotique,

γ. Lèpre mixte,

δ. Des formes intermédiaires peuvent exister, en ce sens que des lèpres tuberculeuses peuvent se terminer par la lèpre tropho-neurotique, de même que cette dernière peut constituer le début pour se terminer par la forme tuberculeuse.

2° Dans toutes les formes de la lèpre dans lesquelles nous avons pu recueillir des matériaux nécessaires à nos recherches, nous avons trouvé les bacilles de la lèpre.

3° Ces bacilles, dont la présence, dans la lèpre tropho-neurotique, a été signalée pour la première fois par l'un de nous, ont été vus de nouveau dans les nerfs, dans certains tendons et dans les centres nerveux.

Il est à remarquer que, dans les tissus, les bacilles se trouvent ordinairement à l'état libre.

4° Dans la lèpre tuberculeuse les bacilles se trouvent, comme l'un de nous l'avait signalé le premier, souvent à la surface de la peau et dans la gaine des poils. De plus, ils existent en masses énormes à la surface des ulcères cutanés, dans les sécrétions de la muqueuse de la conjonctive, dans le mucus nasal, à la surface de la muqueuse buccale, dans le lait, pourvu qu'il existe des ulcérations à la surface des mamelons; dans le mucus vaginal et parfois à la surface de l'orifice anal. Ces données auront sans doute une certaine importance dans la question de la contagion de la lèpre.

5° Les expériences bactériologiques faites pour éclaircir l'étiologie de la lèpre n'ont pas donné des résultats concluants.

La culture du bacille nous a conduits à nous tenir dans la réserve sur la réalité des résultats positifs obtenus par d'autres observateurs.

Dans trois autopsies faites à l'hôpital Brancovano, dans le service de l'un de nous, et dans d'excellentes conditions, nous avons toujours constaté qu'en faisant des cultures de plusieurs organes, farcis de bacilles, il s'est développé sur le sérum de bœuf glycériné, et parfois aussi sur

gélose glycérinée, des plaques limitées, plus épaisses au centre, jaunâtres et entourées d'une zone mince, dentelée, transparente.

Ces colonies sont constituées par des bacilles, qui ressemblent d'une part aux bacilles de la diphtérie de l'homme, d'autre part aux bacilles à extrémités gonflées décrits par l'un de nous, et par Bordoni Uffreduzzi, et qui se trouvent dans certains cas de la lèpre. Ce même résultat a été obtenu par les cultures faites par ce dernier expérimentateur.

Cependant les bacilles de nos cultures ne se colorent pas par la méthode d'Ehrlich, quelques grains seulement à l'extrémité de ces bacilles résistent à la décoloration.

Nous sommes donc persuadés que malgré l'existence de ces bacilles dans les organes lépreux, tout à fait frais, ces bacilles ne sont pas ceux de la lèpre.

6° Dans chacune de nos autopsies, nous avons pu constater une association bactérienne, car nous avons trouvé auprès du bacille de la lèpre, dans les différents organes de nos sujets, des lésions produites par les bacilles de la tuberculose, par le staphylococcus aureus, et dans un cas par la bactérie capsulée de Pasteur.

On comprend facilement que ces bactéries ont dû entrer dans l'économie par les plaies multiples de la peau et par les parties nécrobiotiques. Cette association dans la lèpre a été déjà signalée, et depuis longtemps, par l'un de nous.

En ce qui concerne la morphologie du bacille de la lèpre, nous insistons sur les caractères décrits par l'un de nous et contestés en partie. La rigidité, l'épaisseur plus égale, le gonflement aux extrémités, la disposition articulée et angulaire des bacilles plus longs, la coloration plus facile et plus intense des bacilles de la lèpre, les pièces fraîches, en comparaison avec le bacille de la tuberculose, constituent des caractères différentiels certains et importants.

Contrairement aux affirmations de certains auteurs, la bacille lépreux se colore par la solution aqueuse de bleu de méthylène.

7° Nous ne sommes pas encore parvenus à communiquer la lèpre aux lapins, aux cobayes, aux chiens, aux chats et à la chèvre.

Toutefois, en introduisant un petit fragment frais de tissu lépreux dans la peau de la face du singe, il s'est développé, au bout de deux mois, une tumeur de la grosseur de deux pois; elle était constituée par un tissu lépreux, restant toutefois comme lésion locale, sans aucun phénomène de généralisation.

La scarification de la peau du singe avec introduction de bacilles lépreux, ou bien le frottement de la peau avec un tissu lépreux, mêlé avec de la lanoline, n'ont pas produit le moindre résultat.

8° Dans les autopsies de nos lépreux, nous avons toujours trouvé, auprès du nodule classique, des ulcérations couvertes de croûtes, ou de simples érosions, surtout à la limite de la peau et des muqueuses; il existait toujours une atrophie plus ou moins prononcée du cerveau, soit avec un peu de sclérose, soit avec un peu de ramollissement; le même état a existé dans la moelle épinière.

Les nerfs périphériques étaient toujours pris; épaissis par places par une infiltration d'un jaune brunâtre, plus ou moins diffuse, qui leur conservait leur forme cylindrique ou qui les rendait fusiformes.

Les os n'étaient pas modifiés, mais leur moelle avait un caractère embryonnaire avec une coloration brun rougeâtre.

Nous avons pu constater le commencement de l'hypertrophie des nodules lépreux, par des follicules lymphatiques du pharynx et de la base de la langue.

Les poumons offraient dans les trois cas des aspects différents; dans l'un des cas, ils étaient sains; dans le deuxième, il y avait une sclérose des sommets avec une pneumonie desquamative, enfin dans le troisième cas, les poumons, en entier, étaient traversés par de grandes cavernes et remplacés par des masses caséeuses, ou par un tissu sclérotique.

Le cœur et le sang ne présentaient rien de particulier.

Le foie présentait parfois une infiltration graisseuse limitée.

La rate était tantôt normale, tantôt hypertrophiée, d'une couleur foncée.

L'estomac ne nous a pas montré des lésions manifestes.

Dans les intestins, il y avait dans deux cas, des ulcérations transversales d'aspect tuberculeux.

Le pancréas était gros et dur.

La capsule surrénale était hypertrophiée dans un cas sans autre lésion spéciale.

Les reins ont été toujours altérés, ordinairement la substance corticale épaissie, jaunâtre, adhérente à la capsule et flasque. Dans un cas, il y avait des nodules jaunes nécrosiques entourés d'hémorrhagies.

Dans une autopsie de femme, l'ovaire a été trouvé plus gros, avec la capsule sclérosée, d'un aspect gélatineux et d'une couleur d'un jaune rougeâtre.

Dans une autopsie d'homme, les testicules étaient plus gros, infiltrés, un peu plus durs, et d'une couleur d'un rouge jaunâtre.

Dans tous les cas, les ganglions lymphatiques, principalement ceux du cou, du médiastin, de la région inguinale ont été trouvés très hypertrophiés, d'une couleur grise, avec des parties caséeuses, calcaires ou ramollies à leur centre.

9° Dans toutes nos autopsies, la partie histologique a le plus attiré notre attention, principalement en ce qui conserne la topographie des bacilles de la lèpre.

En général, nous avons pu constater de nouveau ce que Neisser, Cornil et l'un de nous avaient déjà établi; mais dans nos cas on pouvait en outre bien préciser la relation des bacilles avec les cellules.

Dans tous nos cas, les bacilles existaient seulement dans les espaces lymphatiques, où ils formaient de grandes masses et nous avons pu nous convaincre de nouveau de la réalité des faits constatés par l'un de nous, que le microbe se généralise dans les organes, qui ne montrent pas des lésions à l'œil nu, et que dans ces cas il se trouve dans certaines cellules endothéliales.

Nous n'avons pas trouvé d'organes qui soient absolument dépourvus de microbes; ils existent assez rarement dans la grande circulation, mais beaucoup plus souvent dans les organes et dans le sang de leurs capillaires.

Les glandes, comme la glande salivaire, le pancréas, la mamelle, le testicule, l'ovaire lui-même, ainsi que le rein, en contiennent presque toujours.

Les testicules, tout en présentant un aspect normal, offraient toutefois des bacilles, ou libres, ou en amas ronds, dans l'intérieur même des tubes séminifères.

Dans la mamelle et dans l'ovaire, par contre, il y avait de rares bacilles situés dans le tissu conjonctif.

Dans la rate et la moelle des os, les bacilles étaient souvent libres; la même observation peut être faite pour le système nerveux.

Nous nous réservons de faire un exposé plus détaillé de toutes ces indications dans le mémoire que nous adresserons à l'Académie de médecine.

DISCUSSION

M. Lutz : J'ai observé la lèpre à Rio de Janeiro et à Saint-Paul au Brésil, et j'ai pu constater qu'elle n'était pas une maladie des villes. La misère n'en est pas non plus la cause *sine quâ non*, et des gens qui vivent bien peuvent parfaitement en être atteints.

M. Unna : Jusqu'à présent, on n'a pas trouvé de bacilles dans la peau, dans la lèpre des nerfs. Un des élèves de mon laboratoire, dans une lettre reçue hier, m'annonce, dans un cas de lèpre nerveuse, avoir trouvé des bacilles disséminés le long des vaisseaux cutanés. C'est là une découverte qui mérite d'être signaléé.

M. Leloir : Depuis l'extension de nos colonies, la lèpre est beaucoup plus souvent observée chez nous. Voici encore la photographie d'un soldat de la légion étrangère qui l'a rapportée du Tonkin.

Autrefois, j'ai peut-être été trop sévère relativement au pronostic de la lèpre dont je n'admettais guère la guérison. J'ai tendance à revenir de cette appréciation fataliste.

Récemment, un de mes malades, traité par l'huile de Chaulmoogra à l'intérieur, a présenté une amélioration étonnante. J'ai porté progressivement l'huile de Chaulmoogra de 3 gouttes à 200 gouttes par jour. J'ai pris soin de désinfecter toutes les muqueuses par des lavages à la résorcine.

Chez mon lépreux, atteint de la forme anesthésique, la sensibilité a reparu progressivement aux membres, l'état des paupières s'est notablement amélioré. Chez un autre malade, le traitement de M. Unna m'a donné des résultats moins satisfaisants.

Évidemment, il faut toujours être prudent quant il s'agit de la guérison de la lèpre, et ne pas confondre une amélioration passagère, une atténuation plus ou moins prolongée avec la guérison proprement dite.

M. Zambaco : Une semblable amélioration peut résulter des seuls soins hygiéniques et d'une alimentation meilleure. La guérison de la lèpre abandonnée à elle-même n'est pas très rare; il ne faut donc pas trop en faire honneur à l'huile de Chaulmoogra.

M. Leloir : Dans mon *Traité de la lèpre*, j'ai cité des cas de guérison;

mais cette guérison a demandé des années. Ici, c'est en quelques mois que s'est faite l'étonnante amélioration dont j'ai parlé.

M. Zambaco : J'ai employé aussi l'huile de Chaulmoogra, et à doses élevées. J'en ai donné une et deux cuillerées à café par jour, et cela sans succès.

M. Leloir : Je suis persuadé qu'il faut employer de très hautes doses.

M. Bruno-Chaves (Brésil) : Je veux dire seulement deux mots pour ne pas trop prolonger la séance. J'habite un pays où la maladie est très fréquente ; comme chef de clinique d'un service spécial, j'ai eu l'occasion de voir beaucoup de lépreux. Dans beaucoup de cas, mon vénérable maître, M. da Silva Aranjo, a employé avec succès l'huile de Chaulmoogra ; quelques malades paraissent guéris après cette médication. Il faut dire « paraissent » ; parce que, dans cette maladie, comme le dit fort bien le professeur Leloir, on ne doit pas conclure à la guérison définitive avant plusieurs années.

La misère n'est pas obligatoire. Je ne nie pas son influence, mais je ne pense pas, avec mon savant confrère M. Zambaco, que la lèpre n'atteint pas les gens aisés. Des personnes qui vivent dans les meilleures conditions hygiéniques peuvent la contracter. Je vous citerai l'exemple malheureux de trois médecins qui contractèrent la lèpre. C'est plutôt vers le climat particulier à certaines localités, qu'il faut porter son attention. Ainsi, au Brésil, dans certains endroits, surtout dans le sud, il n'y a pas un seul cas, tandis que dans d'autres régions, la maladie est, pardonnez-moi l'expression, endémique.

M. Unna : La lèpre n'est pas la maladie incurable qu'elle était il y a dix ans. Depuis dix ans, on désespère moins, on agit plus, avec plus de vigueur et plus de persévérance, et j'espère fermement qu'on finira par obtenir les meilleurs résultats. Pour ma part, à Hambourg, j'expérimente les diverses médications.

M. Leloir : J'espère aussi que l'avenir est moins sombre que le passé ; mais j'insiste de nouveau sur ce point qu'il ne faut pas s'en laisser imposer par des améliorations passagères.

M. Zeferino Falcao (Lisbonne) : J'emploie depuis longtemps l'acide gynocardique dans le traitement de la lèpre avec de très bons résultats. J'ai obtenu de considérables améliorations, je dis des améliorations

parce que je ne crois pas à la guérison absolue de cette maladie, mais j'ai eu des améliorations si notables, qu'un praticien, moins exercé dans cette espèce de maladie, les prendrait pour une guérison. Pour ne vous donner qu'un exemple, je citerai le cas d'une jeune fille qui avait des tubercules à la face, aux jambes, aux avant-bras, qui présentait des ulcérations du palais, ulcérations dues à la fusion de lépromes. Elle avait aussi des lépromes des cordes vocales qui produisaient de l'aphonie. Je l'ai soignée par l'acide gynocardique, et à la fin, après quelques mois, la saillie des tubercules avait disparu, l'ulcération du palais était cicatrisée ; la malade pouvait parler, avec une voix enrouée, mais de manière à se faire comprendre ; j'ai institué le traitement, et, après une année révolue, on ne sentait plus même, à la pression digitale, les tubercules des membres; la malade parlait et chantait comme une autre personne ; depuis huit mois, le traitement a été suspendu et l'amélioration s'est maintenue, mais je suis sûr qu'une nouvelle poussée viendra : c'est la règle.

J'administre l'acide gynocardique en pilules d'un décigramme associé à un extrait amer, j'en prescris au commencement deux par jour, et j'élève la dose jusqu'à vingt et quelquefois même plus. Cette condition est indispensable pour établir la tolérance. Il faut continuer le traitement pendant plusieurs mois et parfois pendant des années. En même temps que je donne l'acide à l'intérieur, je fais faire de fortes frictions avec une pommade composée d'acide gynocardique, de vaseline ou de lanoline, selon l'état de la peau.

J'ai employé aussi l'huile de Chaulmoogra, que mon illustre confrère vient de mettre en évidence, mais je l'ai abandonnée parce qu'elle est bien plus mal tolérée que l'acide.

Le traitement de notre honorable confrère, le Dr Unna, à base d'ichthyol, m'a donné aussi de bons résultats dans quelques cas de lèpre anesthésique, bien plus dans cette variété que dans les autres ; mais il a échoué. Dans bien des cas, on ne peut pas dire d'avance que tel traitement conviendra, il faut en essayer plusieurs, l'un après l'autre.

J'ai essayé encore l'acide pyrogallique qui fait disparaître les tubercules lépreux bien rapidement, mais c'est un traitement incommode et qui ne s'adresse pas à la maladie elle-même, mais à une de ses manifestations.

Mon très illustre confrère, M. Zambaco, a dit que la lèpre est une maladie de misère; je ne puis adopter entièrement son avis. En Portugal, au moins, on trouve la maladie chez les gens aisés dans une proportion considérable. M. Zambaco dit que dans ces cas il faut chercher l'hérédité. C'est une question très difficile et je puis dire que,

pour plusieurs centaines de lépreux que j'ai vus, je ne suis arrivé à établir l'hérédité que dans un nombre de cas très limité. Et cela dans un petit pays où presque tout le monde se connaît et où, par conséquent, l'enquête peut être plus rigoureusement dirigée. Il y a des villages où l'on trouve à peine un ou deux lépreux qui ne sont jamais sortis de leur village. Chez les ascendants, il n'y a eu aucun cas d'infection.

De même, à propos de la contagion : il est certain que la contagion est un corollaire nécessaire de l'origine bacillaire, mais les conditions pour qu'elle se fasse, doivent être très difficiles à réaliser, puisque dans le grand nombre de lépreux que j'ai eu occasion d'observer, je n'ai jamais trouvé un époux infecté par l'autre, et j'ai recueilli à peine deux cas où la contagion se soit révélée d'une manière nette ; et cela dans un pays où l'isolement n'existe pas. Les lépreux se marient avec des personnes saines et exercent tous les métiers, ce qui les met continuellement en rapport avec la population saine.

En terminant ces brèves considérations, je ne peux laisser passer sans remarque la valeur étiologique que l'on a souvent attribuée à la viande de porc. Je dirai seulement que la province de Alemtéjo, où le porc remplace le bœuf dans l'alimentation, est précisément celle qui fournit le moindre nombre de lépreux.

M. de Amicis : J'ai vu survenir une amélioration considérable chez un lépreux à la suite d'une poussée érysipéloïde. N'y a-t-il pas des infections intercurrentes qui peuvent se montrer utiles, des microbes qui peuvent lutter avec avantage contre le bacille lépreux ?

Sous l'influence du traitement de Unna, j'ai vu s'améliorer beaucoup une lèpre maculeuse.

M. Bruno-Chaves : Il faut admettre une véritable individualité des cas de lèpre pris en particulier. Dans un cas, l'électrisation a amené une amélioration considérable.

M. G. Gibello (Turin) : J'ai essayé des injections de sublimé et, chez un malade, j'ai obtenu une amélioration sensible. Il en fut de même chez un lépreux qui aurait rapporté sa maladie d'Amérique. Je dois dire, du reste, que la lèpre indigène tend à disparaître complètement chez nous. Dans les localités où elle existait autrefois, on trouve des affections qui en sont sans doute la trace atténuée. C'est ainsi qu'on constate des lupus particuliers, qui peut-être sont de la lèpre atténuée.

M. Leloir : M. de Amicis a parlé de microbes utiles contre la lèpre,

de microbes gendarmes. On a essayé en effet d'inoculer l'érysipèle contre la lèpre, mais on a eu des accidents dus à l'érysipèle, sans résultat contre la lèpre. Il faut donc être extrêmement réservé en fait de tentatives de cet ordre.

Il ne faut pas oublier que des poussées érysipéloïdes surviennent souvent au cours de la lèpre, et qu'après elles, il y a souvent une période plus ou moins prolongée d'amélioration.

M. Lutz : Quand on voit se résoudre un tubercule lépreux, il faut toujours craindre qu'un autre ne survienne. Il semble se faire de véritables embolies lépreuses. Aussi la médication interne est-elle préférable au traitement externe, pour empêcher des faits de cet ordre.

(*La discussion est close*).

Présentation de malade.

Cas de lèpre probable.

M. Zambaco : J'ai l'honneur de présenter aux membres du Congrès, un malade qui arrive de Constantinople, et dont l'histoire me paraît très intéressante et le diagnostic embarrassant. Voici d'une manière succincte son observation :

Il est âgé de quarante-huit ans et originaire de l'île d'Andros, une des cyclades helléniques, qu'il a quittée il y a plus de vingt-cinq ans. Il a habité pendant quelque temps en Géorgie, dans le Caucase; puis il est venu se fixer à Constantinople, où il demeure.

Sa mère vit encore et elle est très bien portante; son père a succombé, m'a-t-on dit, à une hémorragie cérébrale; un de ses frères est mort d'une maladie cardiaque; un autre de tuberculose, ainsi que deux de ses sœurs. Son frère aîné vit bien portant. Personne, dans sa famille, n'a eu une maladie ressemblant à celle de M. S.; personne, à sa connaissance, n'aurait eu non plus une affection cutanée quelconque.

Il n'a jamais commis aucune sorte d'excès et n'a eu en fait de maladie qu'un rhumatisme qui a siégé aux grandes articulations; les tibio-tarsiennes et les scapulo-humérales, sans complication cardiaque. D'ailleurs le cœur est à l'état normal. Fait à noter, il a toujours eu des engelures opiniâtres pendant l'hiver.

Depuis un certain nombre d'années, il a eu successivement plusieurs panaris des doigts, mais sans mutilation.

En octobre 1887, le second orteil du pied droit a été le siège de douleurs violentes; et bientôt après apparut une phlyctène, grosse comme un haricot, entre la pulpe du doigt et la rainure de l'ongle. Elle se rompit et un ulcère assez profond, sécrétant un liquide rougeâtre sanguinolent, y a succédé. Cet ulcère a mis près de quatre mois à se cicatriser. L'ongle est tombé, et une

partie de la pulpe de l'orteil a été détruite. On y remarque actuellement une cicatrice profonde, et l'ongle de nouvelle formation continue à être raboteux et à bec de cuiller. D'ailleurs, le quatrième orteil a aussi un ongle déformé également à la suite d'un panaris qui n'a pas été très violent comme douleur ni phénomènes généraux.

Tout avait disparu et M. X... jouissait d'une santé satisfaisante, lorsqu'en décembre 1888, survint un panaris ou une sorte de panaris au petit orteil gauche. Les douleurs ont été modérées. Mais, cette fois-ci encore, il se forma entre la pulpe de l'orteil et la rainure de l'ongle une phlyctène suivie d'un ulcère qui s'est mis à creuser profondément. Il y eu chute de l'ongle d'abord, puis la phalange a été éliminée. Ce travail destructif a duré près de cinq mois. Ainsi après cette mutilation, la cicatrisation a été très longue à se faire. Cependant l'état général a continué à être satisfaisant.

Au commencement du mois de janvier 1889, le gros orteil droit fut atteint, à son tour, de la même manière que les autres. Mais cette fois-ci la fièvre, les douleurs, l'agitation et l'insomnie consécutive ont été encore plus violentes. L'orteil s'est considérablement tuméfié, il est devenu violacé, puis encore une phlyctène s'est formée, toujours au même endroit, entre l'ongle et la pulpe, vingt jours après des souffrances cruelles; plus tard, l'ongle tomba; le travail destructif a continué, bien que lentement, et la phalange unguéale s'est dénudée de toutes les parties charnues.

Lorsque j'ai vu le malade, le 21 juin dernier, l'os était tout à fait saillant, dénudé, noir; la partie de l'orteil conservée était grosse comme un œuf de poule. Le rebord qui entourait l'articulation phalango-phalanginienne étant violacé, l'os cependant tenait beaucoup et tient d'ailleurs encore. Un liquide liquoreux, sanieux, s'écoulait et continue à être sécrété en abondance. Et, n'était la méthode antiseptique rigoureusement appliquée plusieurs fois par jour, l'odeur en serait insupportable.

Voyant que sa maladie continuait et apprenant mon projet de venir au Congrès, il s'est décidé à y venir de son côté pour avoir l'opinion des savants qui devaient s'y réunir.

Mais pendant le trajet par mer, les accidents inflammatoires ont augmenté; la fièvre s'est rallumée, les douleurs sont redevenues épouvantables et un ulcère, un espèce de mal perforant, s'est formé, se dirigeant, du côté de la plante du pied, vers la tête du métatarsien de l'orteil affecté.

Arrivé à Paris, le malade s'est adressé à notre cher et savant maître M. Verneuil, qui a été très embarrassé pour le diagnostic. L'examen des urines, fait d'abord à Constantinople et il y a quelques jours seulement ici, à Paris, n'a décélé aucune trace de sucre.

Quel est donc le diagnostic de cette maladie? Quel est donc le pronostic? Que faudra-t-il faire? Voilà les points sur lesquels je désire avoir l'avis de mes savants collègues.

Le professeur Verneuil a pensé, un instant, à l'impaludisme, mais le malade n'en a jamais présenté aucun signe, et il ne s'y est pas exposé non plus.

Quant à moi, Messieurs, bien que je reste dans le doute et dans

l'hésitation, je suis porté à classer cette affection dans le cadre de la lèpre mutilante.

Ce qui me porte à admettre cette probabilité, c'est que cette affection existe à l'île d'Andros, dont M. S... est originaire. J'ai soigné de ses compatriotes atteints de cette maladie à forme mutilante ; et j'en ai même fait dessiner. Il est vrai qu'il a quitté son pays, il y a un grand nombre d'années, mais cela n'empêche pas la maladie de se développer chez les personnes nées dans les pays à lèpre, lors même qu'elles habitent à l'étranger et même dans les contrées où cette affection n'existe point : j'ai vu de tels exemples. La maladie de ce monsieur ressemble beaucoup au panaris analgésique de Morvan. Le professeur Verneuil, à qui j'ai parlé de mon diagnostic, ne s'est pas tout à fait prononcé. Quant à moi, la maladie de Morvan ressemble à la lèpre mutilante comme deux gouttes d'eau.

Mais, si c'est à cette probabilité qu'il faudrait s'arrêter, toujours est-il que ce cas est *frustre*, car dans le panaris analgésique, comme dans la lèpre mutilante ou bien dans cette une et même maladie, il y a une anesthésie, une analgésie locale qui fait défaut chez M. S... Cependant, en s'explorant minutieusement lui-même sur mes instigations, M. S..... a découvert qu'aux environs de la tête du péroné et de chaque côté, la sensibilité est très émoussée, notamment à droite, sur une étendue égale à deux pièces de 5 francs argent environ ; c'est la sensibilité thermique qui y est diminuée surtout.

Les deux régions deltoïdiennes, selon le malade très intelligent d'ailleurs, qui s'est exploré tout le corps, avec la pointe de l'aiguille et un corps chaud et froid successivement, seraient moins aptes à percevoir les sensations tactiles et thermiques.

Enfin, l'index de la main droite est, depuis six mois, comme engourdi, le malade le sent toujours très froid, la chaleur est moins bien appréciée par ce doigt, et la température ambiante, modérément froide, de l'hiver dernier y produisait une sensation douloureuse.

Telle est l'histoire de ce malade, que je soumets à l'examen de mes savants collègues, dont je désirerais aussi avoir l'avis sur l'ablation de cet os mort qui n'est plus qu'un corps étranger, irritant et empêchant la cicatrisation, si tant est que l'on puisse l'obtenir.

Je pense enfin qu'il y a nécessité d'examiner quelques fragments de ces tissus rongés par le travail destructif, au point de vue du microbe.

J'ajouterai en dernier lieu, qu'un malade portant le même nom que M. S..., né à Constantinople, mais de père originaire de l'île de Tinos et de mère d'Andros, et atteint de la lèpre phymatode, est actuellement soumis à mon observation à Constantinople.

Néanmoins, chose curieuse, ces deux malades ne sont pas parents, ils ne se connaissent même pas, mais ils tirent tous deux leur origine du même pays, et je le répète, ils portent le même nom. C'est un heureux hasard qui a fait que tous les deux, chacun de son côté, se soient présentés à moi.

La maladie incontestable de l'un ne serait-elle pas aussi, et jusqu'à un certain point, une nouvelle probabilité à ajouter aux précédentes en faveur de mon diagnostic rationnel.

M. Vidal : Ce n'est pas la lèpre, mais une tropho-névrose, reconnaissant pour cause un état pathologique des cornes postérieures de la moelle.

M. Fournier : Certes, ce n'est pas la syphilis, cela ne ressemble à rien de ce que j'ai vu; je ne me prononce pas.

M. Besnier : Je crois à une lésion trophique; si comme le dit M. Zambaco la lèpre débute parfois ainsi, c'est un fait qui mérite une mention particulière, car nous n'observons pas ici de semblables cas.

M. Quinquaud : C'est la lèpre tropho-nerveuse; j'ai vu un cas s'approchant de celui-ci. Ce n'est pas le panaris analgésique, c'est probablement un cas de *lèpre anormale*.

M. Hallopeau : C'est un cas embarrassant. En mettant en parallèle, la gangrène spontanée, les maux perforants, le panaris analgésique, je trouve que c'est de la lèpre mutilante que ce cas se rapproche le plus, tout en différant cependant.

VENDREDI 9 AOUT 1889. — Séance du soir.

Section de vénéréologie et de syphiligraphie
(Salle des conférences).

Présidents : MM. **Rosolimos** et **Pospelow**.

M. Rosolimos : Permettez-moi, en prenant place au bureau, de remercier les honorables membres du Comité d'organisation qui m'ont fait l'honneur de me proposer pour une présidence, et tous nos éminents collègues, membres de ce Congrès, qui ont approuvé cette proposition. Cet honneur m'est d'autant plus sensible que se trouvent réunies ici, dans ce Congrès, les plus hautes personnalités qui honorent notre branche spéciale de médecine. Si, hier, l'un des plus illustres maîtres en syphiligraphie, M. Neumann, en prenant la présidence, a dit qu'il sentait que cet honneur ne s'adressait pas tant à sa personne qu'au pays auquel il appartient, à plus forte raison, moi, Hellène, dois-je en dire autant. La Grèce, qui fut jadis ce qu'est la France actuelle au point de vue de la civilisation et du progrès, voit toujours avec joie et enthousiasme tout ce qui a trait à la prospérité et à la gloire de la noble nation dont nous sommes les hôtes en ce moment. Et c'est à ces sentiments bien sincères qu'ont voulu répondre, j'en suis sûr, les honorables membres du Comité d'organisation.

I. Syphilis et paludisme,

par M. le D[r] Lepers (de Roubaix).

L'impaludisme a été signalé comme une cause favorable à l'éclosion de la syphilis tertiaire par MM. Ory (1875), Ott (1881), Verneuil, Leloir (1881) et Fournier (1886).

J'ai publié, dans ma thèse inaugurale (janvier 1889), toutes les observations relatives à cette question, que j'ai pu recueillir dans le service de M. le professeur Leloir.

Voici ce que ces observations me permettent de conclure. Dans l'immense majorité des cas, la syphilis trouve, chez le paludéen, un terrain favorable à son développement. La principale cause doit être assurément la cachexie, que la malaria entraîne chez le sujet qu'elle a envahi. Les expériences de Laveran, Kelsch, Collin, etc., accusent chez les paludéens une diminution du nombre des hématies, qui de 4,500,000 par millimètre cube, tombent à 1 million et même 500,000. Cette hypoglobulie résulterait, pour les uns, de la destruction des globules rouges dans le foie; pour les autres, d'une altération des glandes hématopoétiques. L'impaludisme agirait donc comme cause dépressive de l'économie.

J'ai pensé, d'autre part, à une action plus directe, à une influence microbienne réciproque. La nouvelle cause que j'invoque est assurément hypothétique, puisque dans l'une ou l'autre des deux affections qui nous occupent, le microbe ne nous est pas parfaitement connu.

Je considère l'agent paludéen comme un microbe aérobie qui, en consommant l'oxygène, non seulement amènerait la cachexie palustre, mais augmenterait les conditions d'existence de l'agent syphilitique microbe anaérobie. Ne voyons-nous pas, en effet, ce dernier avoir une virulence d'autant plus grande qu'il s'implante chez un sujet plus faible, miné par la misère physiologique, chez qui la fonction d'hématose est amoindrie.

D'un autre côté, je possède quelques rares observations de paludéens chez lesquels la syphilis évolue d'une façon normale. Faut-il ici invoquer la constitution robuste du sujet qui, sous l'influence du sulfate de quinine et hors du danger malarien, a réussi à se débarrasser de l'agent paludéen. Le traitement, comme l'a fait observer dans ses cliniques, M. le professeur Leloir, doit être double chez les paludéens syphilitiques; il faut faire marcher de front, d'une part le mercure et l'iodure

suivant les cas, et d'autre part, le quinquina, le sulfate de quinine, l'arsenic, les douches et le régime tonique.

II. De la syphilide acnéique du nez,

par M. le Dr Euthyboule (de Constantinople).

Sous le titre de *syphilide acnéique du nez*, a été étudiée, pour la première fois, par Horand (de Lyon), une affection syphilitique qui, ainsi que son titre l'indique, consiste en une éruption ressemblant, comme forme et comme aspect, à l'acné, et ayant le nez pour siège. Si nous ajoutons à ces deux caractères majeurs un troisième, en disant que c'est une manifestation tardive, nous aurons donné de suite une idée sommaire de l'affection, en même temps que nous aurons déterminé qu'il s'agit d'une syphilide tertiaire. Elle s'atteste, en effet, franchement pour telle, et par sa localisation circonscrite et par sa date d'apparition. Elle s'éloigne cependant du groupe des syphilides tertiaires par la lésion anatomique qui la constitue et par la forme qu'elle affecte. C'est une éruption pustulo-ulcéreuse superficielle qui n'intéresse que la peau du nez, respecte la muqueuse nasale et ne s'attaque jamais au squelette ostéo-cartilagineux de la région, contrairement aux autres syphilides de la période tertiaire qui, avec une prédilection si marquée, choisissent le nez comme siège, et dont les ulcérations ne tardent pas à s'avancer du côté des os et des cartilages de l'organe et à produire des ravages et des mutilations choquantes.

La syphilide acnéique n'a pas été l'objet d'une étude spéciale avant le mémoire de Horand (*Annales de dermatologie*, juillet 1885). Les ouvrages classiques ne renferment aucune description qui se rapporte à elle. On trouve bien quelques passages faisant allusion à des syphilides tertiaires *acnéiques*, mais il s'agit toujours, dans ces cas, de syphilides tuberculeuses ressemblant soit à la couperose par leur rougeur diffuse, soit à l'acné pustuleuse par le ramollissement nécrobiotique du centre des tubercules; syphilides, d'ailleurs, accompagnées presque toujours de lésions simultanées de la muqueuse nasale et donnant lieu à des destructions profondes de la charpente du nez (1). La seule allu-

(1) Ainsi, dans le traité des maladies de la peau du professeur Neumann (traduction française, page 254), nous trouvons cette phrase : « Parfois aussi la syphilis invétérée s'attaque à la face et y provoque une lésion morbide ressemblant à l'*acné rosacée*, avec rougeur diffuse, d'un rouge cuivré, et une tuméfaction du nez. Toutefois,

sion qui se rapporte plus ou moins à la syphilide acnéique, c'est une phrase du professeur Kaposi qui, en parlant de la syphilide pustuleuse (*Traité des maladies de la peau*, trad. française, t. II, page 366), dit : « Dans les récidives des périodes *tardives* de la syphilis, l'éruption est localisée à certaines régions...; quand elle siège au nez, il est difficile de la distinguer de l'*acné* et du *lupus...* »

Un peu avant le mémoire de Horand, un dermatologiste américain, le Dr Stelwagon, de Philadelphie, a publié une belle observation de syphilide acnéique du nez, mais sous un autre titre et dans un autre but : Syphilide de date ancienne ayant nécessité l'administration de fortes doses d'iodure de potassium (*Med. News*, 27 juin 1885, p. 712).

C'est à Horand que revient le mérite d'avoir su discerner la syphilide acnéique au milieu du vaste ensemble des manifestations cutanées de la vérole, d'en avoir étudié et groupé les symptômes, à l'aide de plusieurs observations recueillies au cours des années, et d'avoir démontré que c'est une variété à part ayant ses caractères propres.

Malheureusement, même après le mémoire de Horand, et malgré la haute autorité de son auteur, les dermatologistes ont gardé le silence, et aucun autre travail n'a paru depuis à ce sujet. L'identité du cas de cas de Stelwagon avec ceux de Horand n'a pas non plus été relevée, bien que l'observation fût analysée, l'année dernière, par le Dr Brocq, dans les *Annales de dermatologie*, et qu'elle constitue manifestement le plus parfait exemple d'une syphilide acnéique. La seule mention qui se rapporte au mémoire de Horand est due au Dr Jullien qui, un an après la publication de ce mémoire, en parlant du traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel, dit avoir appliqué avec succès cette médication « dans un cas où il s'agissait d'une de ces syphilides acnéiques sur lesquelles Horand, de Lyon, a si justement appelé l'attention l'année dernière. » (*Ann. de Dermatol.*, année 1886, p. 445).

C'est là la seule voix qui a répondu à l'appel fait par l'éminent dermatologiste de Lyon.

Eh bien, nous croyons que la syphilide acnéique ne mérite pas certai-

on trouve toujours, dans la syphilis, des *tubercules* occupant par groupes la périphérie de la partie malade... Déjà, du reste, l'état de la *muqueuse nasale*, les ulcérations qui s'y produisent... ont pu faciliter le diagnostic. » D'un autre côté, le professeur Fournier, dans ses leçons sur les syphilides tertiaires (*Gaz. des Hôpitaux*, 1887, p. 914), en parlant de l'insidiosité de ces syphilides, dit ceci : « Les malades ont, sur l'aile du nez, quelques petits boutons analogues à ceux de l'acné, inoffensifs en apparence. Au bout de quelque temps, les boutons se ramollissent, s'ulcèrent et, dans l'espace de quelques jours, ils déterminent une *trouée* dans l'aile du nez, l'*échancrant*, la *perforant...* » Voilà ce qui est dit à propos des syphilides tertiaires acnéiformes. La syphilide acnéique de Horand est tout autre chose.

nement tant d'indifférence. Quelques faits que nous avons eu la bonne fortune d'observer ou de retrouver dans la pratique d'autres confrères, et qui sont absolument calqués sur ceux de Horand, confirmant de tous points les conclusions de cet auteur, nous ont prouvé et convaincu que cette syphilide a une existence réelle et qu'elle a droit à une place à part dans le cadre des éruptions syphilitiques.

C'est pourquoi nous avons pensé qu'il serait utile, après avoir rapporté nos observations, de jeter un coup d'œil d'ensemble sur tous les faits qui constituent actuellement le bilan de l'affection, de les comparer les uns avec les autres, et d'en faire une étude générale, afin d'arrêter de nouveau l'attention sur cette syphilide qu'il importe tant de bien connaître pour l'intérêt du malade.

Voici d'abord les observations :

Observation I. *Résumé de l'analyse du cas de Stelwagon, faite par M. Brocq* (*Ann. de Derm.*, janvier 1888). — Il s'agit d'un Allemand, syphilitique depuis longtemps, et ayant présenté, huit ans auparavant, une éruption au front et une gomme à l'avant-bras dont on voit encore les cicatrices. Puis, d'autres lésions se sont présentées, siégeant sur le côté droit du nez et étant constituées par des papulo-pustules reposant sur une base rouge, un peu indurée, avec infiltration des téguments voisins dans leurs intervalles. Les papulo-pustules ressemblaient à des éléments acnéiques, et la rougeur et l'hyperplasie des téguments, en même temps que la présence de quelques petits capillaires cutanés, complétaient l'assimilation. En d'autres points du nez se trouvaient de petites cicatrices superficielles, traces évidentes de lésions anciennes semblables aux précédentes. Le traitement spécifique (15 milligrammes de bi-iodure de mercure et 6 grammes d'iodure de potassium par jour) n'amena aucune amélioration; aussi le Dr Stelwagon crut-il avoir fait une erreur de diagnostic, et pensa-t-il avoir simplement affaire à un cas un peu insolite d'acné. Il essaya toutes les médications qui sont en honneur contre cette affection, sans le moindre succès. Il fut obligé d'en revenir à son premier diagnostic, et institua le traitement antisyphilitique en élevant progressivement la dose de l'iodure potassique jusqu'à 12 grammes. A partir du moment où cette dernière dose fut donnée, l'éruption tendit à disparaître, et, au bout de trois semaines, elle était complètement guérie.

Observation II. (*Personnelle*). — Prêtre d'une quarantaine d'années, présentant en même temps qu'une iritis de l'œil gauche, une rougeur sombre, parsemée de petites pustules, sur le côté droit du nez et sur tout le lobule. Il niait tout antécédent syphilitique ainsi que des habitudes d'intempérance. Mais l'iritis, avec ses caractères particuliers d'évolution subaiguë, d'indolence, etc., imposait la nécessité d'un traitement spécifique, ne fût-ce qu'à titre d'essai. Au bout de deux semaines de ce traitement, iritis et affection du nez avaient complètement disparu (1880).

Observation III. (*Personnelle.*) — Homme, quarante-huit ans, loueur de

chambres garnies. Chancre, en 1864; habitudes invétérées d'alcoolisme. Début de l'affection actuelle, en mars 1885, par un bouton pustuleux ressemblant à un clou, d'après la comparaison du malade, et siégeant au milieu du sillon naso-jugal du côté gauche, bouton qui s'est ouvert bientôt et a donné lieu à une ulcération légèrement excavée, à fond sale, ayant tout à fait l'apparence d'un chancre simple et se recouvrant constamment d'une croûte.

Cette ulcération solitaire s'est cicatrisée spontanément, le malade n'ayant pas voulu suivre le traitement antisyphilitique conseillé. Mais, en même temps, d'autres boutons ont poussé, tout autour, qui ont également parcouru toutes leurs phases d'évolution, pendant que de nouveaux boutons continuaient à apparaître successivement. De la réunion de deux de ces boutons ulcérés, voisins l'un de l'autre, résulta une ulcération étalée au niveau de la partie supérieure du côté gauche du nez. Le malade, effrayé, s'adressa à un chirurgien qui, diagnostiquant un cancroïde, le soumit aux scarifications linéaires pendant plus d'un mois, sans autre résultat que l'affaiblissement extrême du malade dû aux douleurs et aux hémorragies qu'occasionnait chaque fois la petite opération.

État actuel. — 13 juin 1885. — Cicatrice légèrement déprimée et inégale, exactement pareille à celle d'un bouton de variole, à la place de l'ulcération primordiale au sillon naso-jugal. A la partie supérieure du côté gauche du nez, ulcération large comme une pièce de 10 francs, à peu près circulaire de forme, à fond plat, rouge, granuleux, saignant facilement, à bords légèrement relevés en mince bourrelet circonférentiel. Au-dessous de cette ulcération, sur le côté gauche du nez, sur l'aile du même côté et sur tout le lobule, la peau est rouge, luisante, tendue et tuméfiée et présente un certain nombre de pustulettes et d'érosions superficielles, comme si elles avaient été faites par abrasion, entremêlées de petites cicatrices rosées ou blanches, les unes légèrement déprimées et rondes, comme des fossettes, les autres comme de simples lignes sans dépression. Aucune espèce de douleur; absence complète d'engorgement ganglionnaire.

Sur le haut du dos et sur les épaules, disséminées çà et là, plusieurs croûtes foncées, de la dimension d'une pièce de 20 centimes et recouvrant des ulcérations profondes (gommes cutanées).

Consultation avec M. le Dr Zambaco-Pacha, prescription du traitement spécifique. — Amélioration rapide et tendance manifeste à la cicatrisation. — Le 2 juillet, à la place de l'ulcération, il ne reste plus qu'une plaque rouge, lisse et unie ; la rougeur du nez a disparu, les petites pustules ont avorté, les érosions se sont fermées. Le côté gauche du nez présente encore un aspect bigarré par le mélange de colorations rouges, roses et blanches; mais, au bout de quelque temps, il reprend plus ou moins son apparence normale (1).

Remarques. — Ce cas, nous l'avons observé avant de prendre connaissance du mémoire de Horand. Le diagnostic étiologique n'était pas douteux surtout après les effets prompts et décisifs du traitement. Mais

(1) Ce malade a succombé l'année suivante (en juillet 1886) avec les symptômes d'une myocardite (plusieurs accès de dyspnée paroxystique avec angoisse terrible, soif d'air, etc.). — La crise terminale a duré dix heures.

le diagnostic de la modalité éruptive nous échappait; nous ne savions pas au juste de quelle espèce de syphilide il s'agissait, chez ce malade, aussi bien que chez celui de l'observation précédente, dont le cas nous revenait en mémoire, à cette occasion.

Nous étions embarrassé, n'ayant, jusque-là, rien vu, rien lu de pareil, lorsque le mémoire du savant dermatologiste de Lyon vint nous tirer de l'embarras. Nos malades avaient eu tout simplement une syphilide acnéique. La ressemblance de nos observations, recueillies sans idée préconçue, était tellement frappante, dans tous les traits, avec celles rapportées par Horand, qu'il ne nous restait aucun doute à cet égard.

Les cas suivants, nous les avons observés en connaissance de cause, après avoir appris à reconnaître la syphilide acnéique du nez.

Observation IV. (*Personnelle.*) — Homme, quarante-cinq ans, fourreur. Il nous est adressé par un confrère, en août 1886, pour une affection du nez et de la gorge.

Sur le côté droit du nez, au niveau de la racine, existe une ulcération, de la largeur d'une lentille, à fond légèrement excavé et tapissé par un peu de pus grisâtre qui se concrète ordinairement en une croûte foncée. Plus bas, du côté de l'aile droite et du lobule, la peau du nez est rouge et empâtée. Pas de douleurs, pas de ganglions.

Un retentissement nasal qui se mêle à la voix du malade trahit l'existence simultanée d'une lésion de la gorge. L'inspection fait constater une perforation circulaire, large comme une aveline, en plein voile du palais, à gauche de la luette. Pas de troubles de la déglutition, ni douleurs, ni reflux des liquides par le nez.

Interrogé sur le début de ces lésions, le malade raconte qu'il y a un an, il a souffert pendant quelque temps de croûtes et d'enchifrènement dans la narine du côté droit, avec un peu de rougeur de la partie correspondante de la surface cutanée du nez. Ensuite les croûtes ont cessé, mais la peau du nez devenait souvent rouge et gonflée pendant quelques jours. Depuis trois mois, la rougeur n'a pas disparu. A la même époque, un bouton rouge poussa, sur le côté droit de la racine du nez, avec un petit point blanc à son sommet. Il suppura davantage, s'ouvrit et donna lieu à l'ulcération actuelle. — Quant à l'affection de la gorge, le malade prétend qu'il y a une vingtaine de jours, il a ressenti une gêne douloureuse dans le gosier, avec difficulté dans la déglutition des liquides, mais que tout cela est bien vite disparu.

Comme antécédents, il a eu un chancre, à l'âge de vingt ans. Six ans après, il a présenté une vingtaine de croûtes noires, rondes, de la largeur d'une pièce de 50 centimes siégeant aux membres inférieurs, et qui sont tombées après une durée de trois ou quatre mois, sans laisser de cicatrices. Depuis sa première jeunesse, il a fait des excès de boissons, auxquels il a renoncé ces derniers temps.

Au bout d'une vingtaine de jours de traitement mixte, guérison complète. A la place de l'ulcération, existe une cicatrice, à peine déprimée au-dessous du niveau de la peau environnante, et ayant exactement la forme d'un trou de

serrure, à base tournée en haut et en dedans. La perte de substance de la gorge s'est comblée en laissant une cicatrice rosée, radiée.

Malgré nos recommandations de continuer le traitement, le malade n'en fait rien. Il revient nous voir, après trois mois (29 octobre), avec le nez derechef rouge et enflé, sur le côté droit, criblé de petits boutons pustuleux et de quelques ulcérations produites par les pustules déjà ouvertes. Une de ces ulcérations, plus large et plus creuse que les autres, de la largeur d'une pièce de 20 centimes, siège au milieu de l'aile droite. Le début de la récidive remonte à un mois. Syphilide gommeuse en nappe de la moitié droite de la voûte palatine; forte céphalalgie du côté droit.

Le malade ne suit pas le traitement prescrit, cette fois, et va consulter à l'hôpital, où deux confrères lui disent qu'il s'agit d'une affection maligne et qu'il risque de perdre son nez s'il ne se décide pas immédiatement à une opération radicale. Heureusement, avant de s'exécuter, il revient nous trouver en pleurant pour nous faire part de la sentence des confrères. Le nez a, cette fois, une très mauvaise apparence. L'ulcération de l'aile s'est élargie et creusée davantage; elle a des bords renversés et durs, un aspect cratériforme, une physionomie, enfin, qui à première vue, et sans un examen minutieux, fait penser au cancroïde.

Nous obtenons du malade d'essayer encore une fois le traitement, et nous avons la satisfaction de le guérir complètement, au bout d'un mois. La cicatrice est d'abord comme verruqueuse, papillomateuse; mais elle devient souple et unie avec quelques badigeonnages à la teinture d'iode, suivant le conseil de Horand. L'aile du nez est un peu tiraillée du côté de la joue, par le fait du travail de cicatrisation. Son bord libre, qui est un peu comme aminci, aplati, usé, est tendu d'avant en arrière sans faire sa courbe normale, la narine du côté malade est plus étroite que celle du côté sain.

Observation V. (*Rédigée d'après les notes que nous a communiquées M. le Dr Calfoglou, et les renseignements complémentaires que nous a fournis le malade dans une entrevue qu'il nous a accordée, le 17 février 1887.*) — Homme, quarante ans, lampiste. Alcoolique, au plus haut degré, depuis sa jeunesse la plus tendre, et ayant attrapé, plus d'une fois, des maladies vénériennes; entre autres, en 1871, un chancre dur, à la partie inférieure du prépuce avec callosité qui a persisté quelque temps après la cicatrisation de l'ulcère. — Filiation classique des symptômes secondaires, avec retours fréquents et répétés de plaques dans la bouche. En juillet 1878, iritis de l'œil gauche, guéri par le traitement spécifique conseillé par un oculiste. Ensuite, nouvelle poussée plus forte à l'œil droit, et de nouveau, guérison par le même traitement. En septembre 1879, il s'aperçoit d'un trouble de la vue consistant en un brouillard devant les yeux, avec points noirs à l'horizon, et en même temps, il constate que parfois il voit les objets à moitié seulement (la tête d'une personne, par exemple, sans en voir le corps ou *vice versa*, etc.). Le Dr Calfoglou fait le diagnostic de rétinite spécifique, confirmé plus tard par le professeur Anagnostakis (d'Athènes).

Le malade était en cours de traitement pour son affection oculaire, lorsqu'il présenta, vers la fin d'octobre, une plaque rouge avec plusieurs petites pustules, à la partie inférieure de l'aile gauche du nez, près de son bord libre et près du sillon qui la sépare de la joue. Il grattait souvent ces boutons et

les faisait saigner. Bientôt se formèrent des ulcérations. La dose de iodure fut portée progressivement à 6 et 8 grammes par jour. L'état des yeux s'améliorait de jour en jour, mais la cicatrisation des ulcérations nasales s'opérait très lentement. Au moment où elle touchait à sa fin, et où il ne restait plus qu'un point rouge avec une petite crevasse, en janvier 1880, le nez devint de nouveau rouge, enflammé avec plusieurs boutons *suppurants* (c'est l'expression du malade). En s'ouvrant et en se réunissant ensemble, ces boutons produisirent une large ulcération s'étendant depuis le lobule du nez jusqu'à l'angle naso-jugal gauche. — L'iodure, continué à la dose de 10 et 12 grammes par jour, amena, au bout de six semaines, la guérison.

L'aile gauche est restée un peu plus courte que celle de l'autre côté. Son bord libre est aminci, effilé, comme évidé. Il est tendu et tiraillé par une cicatrice radiée qui siège au coin du nez et de la joue, ce qui fait que la narine du côté affecté, comme chez le malade de l'observation précédente, est plus étroite que sa congénère.

Observation VI. (*Communiquée par M. le professeur Khorassandji.*) — Homme de quarante-cinq ans, portant, depuis un an et demi, sur le bout du nez et son aile gauche, une éruption consistant en pustules dont une seule ulcérée, et simulant la scrofulide pustuleuse du professeur Hardy (de Paris), d'autant plus que le malade avait déjà perdu trois de ses enfants de tuberculose (coxalgie, méningite, phtisie). Guérison complète par le sirop de Gibert. Le patient a conservé une petite marque cicatricielle sur le bout du nez, ronde et large comme une pièce de 20 centimes, légèrement déprimée et lisse.

Observation VII. (*Personnelle*). — Jeune fille circassienne, âgée de quatorze ans, entrée à l'hôpital Zéineb-Kiamil, le 9 juillet 1888.

Le cuir chevelu est constellé d'une vingtaine d'ulcérations nummulaires, d'une largeur variable de celle d'une pièce de 20 centimes à celle d'une pièce de 2 francs ; deux d'entre elles, siégeant en arrière du côté droit du front, sont plus larges, ovalaires à grand diamètre transversal, et manifestement produites par la réunion bout à bout de trois ou quatre petites ulcérations. Toutes ces ulcérations sont recouvertes de croûtes épaisses, stratifiées, bombées, d'un gris sale. Ulcération fissuraire à bords croûteux dans le sillon auriculo-mastoïdien de l'oreille droite, contournant l'insertion du lobule jusqu'à la région pré-auriculaire. Gros ganglion parotidien, douloureux à la pression.

Plusieurs ulcérations croûteuses sur les fesses et à la naissance du sillon interfessier, à croûtes plates et noires.

Fossés ulcéreux profonds, pouvant loger le petit doigt et paraissant avoir été creusés à l'aide d'une gouge, tout le long des plis génito-cruraux, avec croûtes sales, ostréacées, par places.

Double blépharo-conjonctivite, opacité centrale sur les deux cornées, pustule sur le limbe cornéen de l'œil droit.

Le nez est rouge et enflé au niveau du lobule et des ailes, ainsi que des parties voisines de la lèvre supérieure, principalement à l'aile gauche et à la moitié correspondante de la lèvre. Plusieurs pustules sont disséminées sur ce fond rouge, la plupart croûteuses, quelques-unes intactes encore. — Fissures dans les sillons naso-labiaux. — Çà et là, cicatrices superficielles à la sur-

face des ailes. — Croûtes dans les narines, surtout dans celle du côté droit.

Cicatrices péri-buccales sous forme soit de taches blanches vaguement dessinées (en dehors de chacune des commissures labiales), soit de petites ficelles légèrement surélevées et formant par leur entrecroisement un quadrillage gaufré (à la lèvre supérieure, sous les narines; à droite du menton). Cicatrice commissurale nette, à l'angle droit de la bouche.

Rien de particulier à noter du côté des dents, si ce n'est que les incisives médianes inférieures sont fortement tartrées au collet, que celle du côté droit est tordue sur son axe et présente un bord libre obliquement coupé en bas et en dehors.

État général très mauvais; maigreur extrême, peau terne, grisâtre, écailleuse et sans la moindre élasticité.

Sous l'influence du traitement spécifique, changement à vue. La malade reprend des forces et des couleurs, gagne de l'embonpoint, en même temps que toutes les ulcérations se mettent à marcher, d'un pas très accéléré, vers la cicatrisation. Au bout de six semaines, tout est cicatrisé. L'affection acnéique du nez a disparu la première.

Remarques. — Il est probable que dans ce cas, il s'agit d'une syphilis héréditaire tardive (cicatrices péri-buccales, cicatrice angulaire de la bouche, opacités des cornées, etc.). Signalons, en particulier, le contraste frappant qui existait, chez cette malade, au point de vue de la gravité, entre les syphilides ulcéreuses profondes de la tête et des parties génitales, d'un côté, et, d'un autre côté, les petits boutons inoffensifs de la syphilide acnéique du nez.

Observation VIII (*communiquée par M. le professeur Khorassandji*). — Jeune fille, originaire d'Angora, âgée de vingt ans, portant, depuis plusieurs mois, un amas de pustules groupées en bouquet sur chacune des ailes du nez, empiétant sur le bord libre, et un peu, l'entrée des narines. A ce niveau, les pustules étaient exulcérées. Ressemblance frappante avec le lupus vulgaire, le diagnostic s'imposait; mais, un certain affaissement de la racine du nez, et surtout, une exostose au-dessus de la tubérosité du tibia gauche, ont permis le diagnotic de syphilis. — Guérison complète par l'iodure de potassium à haute dose. — Résultat négatif de l'enquête sur les parents, au point de vue de la syphilis : du côté de la jeune fille, rien aux dents, cornées, oreilles, etc.

Tels sont nos cas. Ajoutés à ceux de Horand, ils constituent un faisceau d'une vingtaine de faits plus ou moins uniformes qui donnent une idée assez nette de la syphilide acnéique du nez et nous permettent d'en faire une étude générale.

Étiologie. — Il est presque inutile de dire que la grande cause de la syphilide acnéique du nez, comme de toutes les syphilides, du reste, est la syphilis. Mais à côté de cette condition primordiale, il y a quelques circonstances qui peuvent faciliter la production de la maladie. En premier lieu, vient l'alcoolisme qui a été noté chez la plupart des malades

de Horand et de nos malades. Ce qui se comprend, d'ailleurs, facilement, si nous pensons que l'alcool constitue un des stimulants les plus énergiques de la syphilis et de ses manifestations cutanées en particulier, et que d'autre part, il tend à provoquer si fréquemment des poussées congestives et des éruptions acnéiques simples du côté du nez.

Une autre condition adjuvante pour la production de la syphilide acnéique du nez est, suivant Horand, l'insuffisance du traitement au début de l'infection. Nos observations confirment absolument cette conclusion du dermatologiste de Lyon, en nous montrant des cas de cas de véroles légères, très peu traitées au commencement, et tout à fait oubliées au moment de l'apparition de la syphilide acnéique.

La syphilide acnéique du nez est une manifestation tertiaire. Cela ressort, et de sa date d'apparition qui a lieu en moyenne quinze ou vingt ans après le chancre (chez un malade de Horand, cinquante ans après; jamais avant la fin de la troisième année), et de quelques autres symptômes franchement tertiaires qui existent quelquefois avec l'affection, tels que gommes cutanées, syphilides pustulo-crustacées ulcéreuses, syphilome en nappe de la voûte palatine, perforation de celle-ci ou du voile du palais, etc. C'est ainsi que Jullien, en parlant de son malade, ajoute qu'il avait une perforation du voile du palais « pour que le caractère tertiaire de l'affection ne soit point contesté ».

A quel âge rencontre-t-on la syphilide acnéique du nez? Étant donné que les malades sont surtout exposés à contracter la syphilis de dix-huit à trente ans, et que la syphilide acnéique est un accident tardif et tertiaire, on comprend que c'est à l'âge mûr, vers quarante ans et au-dessus, que la maladie doit présenter sa plus grande fréquence. C'est justement à cet âge aussi, du reste, qu'on rencontre des éruptions acnéiques du côté du nez, vu la fréquence de l'alcoolisme à cette époque de la vie, surtout pour les hommes, et les conditions particulières que, chez les femmes, crée la ménopause.

Quelquefois, cependant, l'affection survient au moment de la puberté et, dans ces cas, elle reconnaît surtout comme cause une syphilis héréditaire tardive. Tels sont le cas que nous avons observé à l'hôpital Zéineb-Kiamil et celui qui nous a été communiqué obligeamment par M. le professeur Khorassandji (obs. VII et VIII). On sait, d'ailleurs, que c'est pendant la puberté que se développent, de préférence, les éruptions acnéiques du nez, à cause des conditions physiologiques de la poussée plus active des poils et du fonctionnement exagéré des glandes sébacées. D'autre part, la révolution qui s'opère dans l'organisme, à cette période de la vie, sollicite le passage de la syphilis, surtout de la

syphilis héréditaire, de l'état latent à l'état d'activité et fait éclore notamment les manifestations cutanées.

Quant au sexe, Horand fait remarquer que la syphilide acnéique du nez est un peu plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Nos observations ne s'accordent pas avec cette assertion. La plupart de nos malades, celui de Stelwagon, celui de Jullien, étaient des hommes. Cela doit être ainsi, du reste, car, en somme, la syphilis et surtout l'alcoolisme sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme. S'il y a une prédominance en faveur du sexe féminin, ce serait dans les cas de syphilis héréditaire tardive qui est peut-être plus fréquente chez les filles que chez les garçons, et qui, dans tous les cas, imprime des modifications plus sérieuses chez celles-là, au moment de la puberté.

Symptômes. — La syphilide acnéique du nez est une éruption pustulo-ulcéreuse qui attaque la surface cutanée du nez. Sur une portion de la peau du nez, rouge et tnméfiée, on voit disséminées des pustules de différente grosseur et à différentes périodes de leur évolution, entremêlées d'ulcérations, croûteuses pour la plupart, et de cicatrices blanches ou rosées selon leur ancienneté. Telle est l'expression générale de la maladie pendant sa période d'état. Voyons maintenant le début et la marche de l'affection.

Le début a lieu par l'apparition d'une rougeur foncée sur une partie de la surface du nez, ordinairement le lobule ou l'une des ailes. Sur cette plaque rouge apparaît un bouton papuleux couronné, à son sommet, d'un point blanc purulent. La pustule ainsi formée se développe progressivement et s'agrandit de manière à ressembler à un furoncle. Quelquefois, l'éruption se borne, pour un certain temps, à un seul élément qui, se développant et suppurant davantage, laisse à sa place, après sa rupture, une ulcération tant soit peu creuse, à fond sale, ayant l'apparence d'un chancre simple, et se recouvrant bientôt, par la concrétion du pus sécrété, d'une croûte brun noirâtre qui, arrachée souvent, se renouvelle sans cesse. Ordinairement, avant l'ouverture de la première pustule, la rougeur s'étend, et de nouvelles pustules poussent tout autour. Plus souvent encore, sur la plaque rouge, apparaissent, d'emblée, plusieurs pustules à la fois, ou par groupes se succédant les uns aux autres. L'affection ressemble alors, à s'y méprendre, à une acné pustuleuse, d'où la dénomination qui lui a été donnée par Horand. Les pustules sont jetées çà et là, sans aucun ordre, comme dans l'acné simple, et contrairement à ce que nous voyons d'habitude dans les syphilides tertiaires dont les éléments éruptifs affectent un groupement discipliné et méthodique.

Quelques-unes de ces pustules sont petites et isolées.

Leur taille varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'une graine de moutarde. En se rompant, elles donnent lieu à de petites érosions superficielles, comme de simples abrasions, ou à de petites fossettes cupuliformes, recouvertes par une croûtelle foncée. Celles-ci, à leur tour, laissent à leur place, après quelques jours de durée, de petites cicatrices, rosées d'abord, finissant par blanchir ensuite, soit comme de simples lignes à peine perceptibles, soit comme de petits points légèrement déprimés selon la profondeur de l'entamure du derme. D'autres pustules sont plus grosses jusqu'aux dimensions d'un petit pois, soit qu'elles se soient développées primitivement, d'une façon exagérée, soit surtout qu'elles proviennent de plusieurs petites pustules réunies et confondues ensemble. Les ulcérations et les croûtes qui leur succèdent sont larges et sont nécessairement suivies de cicatrices déprimées, ponctuées ou réticulées et gaufrées, rappelant exactement celles de la variole.

Au fur et à mesure que les pustules, les premières apparues s'ouvrent et se cicatrisent, d'autres pustules apparaissent, tout autour, qui achèvent, à leur tour, leur développement, pour laisser pousser de nouvelles; et ainsi de suite, à plusieurs reprises, l'évolution de la maladie ayant lieu par poussées successives. Pendant ce temps, la rougeur s'étale sur des surfaces plus larges, la peau devient épaisse et empâtée, et si l'affection arrive ainsi à occuper tout le nez, cet organe se présente comme une masse saillante, rouge, tuméfiée, informe, avec saillies et dépressions, comme dans l'acné hypertrophique. Mais cela est rare. Quelquefois, c'est l'élément croûteux qui prédomine, et l'on voit alors des amas de croûtes, comme ceux de l'impétigo, recouvrant des ulcérations. Très rarement, ils envahissent le nez tout entier, qu'ils couvrent d'une espèce de cornet crustacé. Sous une forme ou sous une autre, l'affection aime à se localiser sur une partie du nez seulement, et les régions qu'elle affecte le plus souvent, par ordre de fréquence, sont le lobule, les ailes, les sillons naso-géniens et naso-labiaux, le dos et les faces latérales du nez, les côtés de la racine, toute une moitié du nez, enfin le nez tout entier. Dans ce dernier cas, c'est encore au niveau du lobule et des ailes qu'elle est le plus confluente, rare au contraire à la racine, sur le dos et sur les côtés. Dans tous les cas, elle ne dépasse pas beaucoup les limites de l'organe, empiétant tout au plus un peu sur les parties voisines de la lèvre supérieure ou des joues, sans jamais aller au delà de la racine.

Notons qu'elle a une grande tendance à se cantonner sur une moitié du nez, à être unilatérale, impaire, asymétrique, contrairement aux éruptions acnéiques simples qui envahissent le nez d'une façon plus

générale et, dans tous les cas, plus uniforme, plus symétrique. Ainsi, lorsqu'elle siège au lobule, la syphilide acnéique s'étend sur une des ailes, gauche ou droite ; si elle occupe le dos du nez, elle atteint simultanément une des faces latérales, ou un des côtés de la racine. Plus rarement, elle affecte le lobule et les deux ailes d'une manière égale, ou le dos du nez et les deux côtés, à l'instar d'une selle sur le dos de la monture. Il est très rare aussi qu'elle occupe symétriquement des points homologues des faces latérales ou des ailes du nez (comme dans l'obs. VIII).

L'affection n'est pas douloureuse ; alors même qu'elle arrive à attaquer la totalité du nez, il n'y a aucune douleur, soit spontanée, soit à la pression. A peine existe-t-il quelques démangeaisons, au début. La muqueuse nasale n'est presque jamais atteinte. Chez un de nos malades (obs. IV), ainsi que chez un autre de ceux de Horand (mémoire cité, obs. II), il est noté que le mal a débuté par un catarrhe du nez avec enchifrènement et croûtes nasales, suivi de rougeur et de gonflement de la partie correspondante de la peau, mais les phénomènes du côté de la cavité nasale n'avaient aucune connexion immédiate avec l'éruption cutanée et avaient déjà disparu lors de l'apparition de celle-ci, tandis que les syphilides tertiaires commencent, d'habitude, en même temps par la peau et par la muqueuse, les lésions marchent à la rencontre l'une de l'autre, en détruisant le squelette et en produisant un ozène caractéristique.

Les ganglions parotidiens ou sous-maxillaires ne sont pas engorgés dans la syphilide acnéique du nez. Si parfois ils le sont, c'est par hasard, et leur engorgement peut s'expliquer, d'après Horand, par une altération des dents.

Bien que le plus souvent la syphilide acnéique du nez soit la seule expression par laquelle se traduit la diathèse, quelquefois cependant elle est accompagnée de certains symptômes d'ordre franchement tertiaire, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer. Il est même curieux de voir alors le contraste frappant qui existe, dans ces cas, entre ces lésions profondes et destructives et la syphilide acnéique du nez.

La durée de l'affection est très longue et se prolonge pendant des mois et des années par le renouvellement incessant de l'éruption sous forme de poussées successives. L'affection n'a pas de tendance marquée à la guérison spontanée, et même après avoir guéri, elle est souvent sujette à des récidives qui ont lieu rarement sur le même point, et attaquent plutôt un autre endroit du nez du même côté ou du côté opposé, ce qui fait que souvent les malades présentent, en même temps

que la lésion actuelle, d'anciennes cicatrices situées plus ou moins loin d'elle (quelquefois sur un point correspondant, du côté opposé).

Malgré cette longue durée, cependant, l'affection ne cause aucun dégât sérieux ; elle se borne toujours exclusivement à la surface cutanée du nez sans jamais entamer les os ou les cartilages de l'organe. Aussi ses suites sont-elles de simples cicatrices ou entièrement lisses et à peine perceptibles ou, tout au plus, légèrement déprimées comme les stigmates de la variole, sans aucune comparaison avec les déformations choquantes que laissent après elles la plupart des syphilides tertiaires comme traces indélébiles de leurs méfaits. Ce n'est que lorsque l'affection a siégé dans la partie inférieure du sillon naso-génien, au niveau de l'insertion de l'aile du nez, que la cicatrice exerce un tiraillement sur ce voile mobile qui se dirige alors directement vers la joue, comme tendu et rétracté, et rend ainsi la narine correspondante plus étroite que celle du côté sain. Si l'ulcération a occupé, en partie, le bord libre de l'aile, celle-ci peut subir une petite perte de substance, reste un peu plus courte que sa congénère de l'autre côté, en même temps que son bord devient mince, effilé (voy. obs. IV et V).

Enfin, malgré la longue durée de l'affection, l'état général des malades se maintient très bon. Si, parfois, la santé paraît altérée, cela est dû plutôt à l'alcoolisme, dont sont entachés la plupart des malades atteints de syphilide acnéique du nez, ou à toute autre circonstance étrangère à la nature même de la maladie. C'est ainsi que chez le malade de l'observation III, nous avons noté un état de santé misérable qui provenait des douleurs et des hémorragies occasionnées par des opérations pratiquées mal à propos.

Des considérations précédentes découle le *pronostic* de l'affection qui, en elle-même et en tant qu'éruption, est dénuée de toute gravité et certainement bien plus bénigne que toute autre syphilide relevant de la période tertiaire de la vérole. Il est vrai qu'elle dure longtemps, si elle n'est pas convenablement traitée ; mais, en revanche, elle subit très rapidement l'influence curative du traitement antisyphilitique et si elle paraît résister quelquefois, en élevant la dose de l'iodure de potassium, on arrive toujours à en avoir raison. Nous avons la preuve de cela dans le cas de Stelwagon (obs. I) et dans celui de Calfoglou (obs. V).

Cependant derrière ce pronostic qu'on peut appeler intrinsèque, il ne faut pas oublier qu'il y a le pronostic général de la diathèse, dont la syphilide acnéique est l'expression. Malgré toute sa bénignité, l'affection renferme en elle la gravité de la maladie causale ; elle indique que la syphilis n'est pas éteinte, qu'après un long sommeil elle s'est réveillée

et qu'il est urgent d'agir pour la combattre et pour prévenir toute autre manifestation plus sérieuse comme forme ou comme localisation à l'imminence de laquelle est exposé le malade. Cette raison, non moins que la résistance de la syphilide acnéique du nez à toute autre médication que celle employée contre la diathèse générale et sa curabilité par le seul traitement antisyphilitique, suffit pour montrer qu'on ne saurait méconnaître la nature et l'origine de l'affection, sans grand préjudice pour le malade et que, par cela même, son diagnostic est de la plus haute importance.

Diagnostic. Le diagnostic de la syphilide acnéique du nez est aussi difficile qu'important. Il faut d'abord compter avec les difficultés qui entourent le diagnostic de toute syphilide tertiaire : éloignement de l'accident primitif et de ses suites immédiates, intervalle de plusieurs années de santé parfaite depuis le début de l'infection, qui souvent est tout à fait oublié au moment de l'apparition des accidents tertiaires, état d'isolement de la lésion, contrairement aux éruptions de la syphilis jeune, qui sont diffuses et polymorphes, etc. Ajoutons à cela que la syphilide acnéique n'offre, par ses caractères objectifs, aucun cachet de spécificité qui puisse susciter le soupçon de la syphilis et qu'elle ressemble plutôt à des affections banales ; que, d'un autre côté, même en connaissant les antécédents du malade, on ne se décide pas facilement à renouer la chaîne brisée et à rattacher à un mal déjà bien éloigné une affection dont la forme est hors de saison à une époque avancée de la syphilis et constitue une sorte d'inconséquence, d'infraction à la discipline chronologique des syphilides, d'après laquelle les éruptions doivent être d'autant plus profondes que la maladie est plus ancienne.

Pour toutes ces raisons, le diagnostic de la syphilide acnéique du nez est des plus difficiles, et le praticien non prévenu est souvent dérouté en prenant cette manifestation pour toute autre affection de la peau du nez qui offre le même aspect, mais qui est d'une nature différente.

Voyons donc quelles sont ces affections avec lesquelles on peut confondre la syphilide acnéique du nez, et à l'aide de quels caractères il faut la différencier d'elles.

En premier lieu viennent les diverses variétés d'acné, et en première ligne l'acné rosée. Avec ses rougeurs diffuses parsemées de nodules et de pustules, elle offre la même apparence que la syphilide acnéique, et l'âge auquel se développent ces deux affections est plus ou moins le même, avec quelque différence de proportion, la puberté et l'âge mûr (acné rosée de la ménopause, des buveurs, des gens exposés habituellement au grand air et au vent, comme les marins, les cochers, etc.). On se rappellera que l'acné rosée dépasse très souvent les limites du nez

et s'étend symétriquement sur les deux joues, au menton, au front, etc.; que, lorsqu'elle se localise au nez, elle attaque cet organe d'une façon égale et uniforme, tandis que la syphilide acnéique n'empiète que très peu et très rarement sur les parties voisines du nez et se limite volontiers à un des côtés de l'organe, restant ainsi unilatérale, selon la loi d'asymétrie qui distingue les syphilides tertiaires. On se rappellera aussi que l'acné rosée est essentiellement caractérisée par des taches d'un rouge vif ou violacé, à la surface desquelles se dessinent bientôt de petites veinules bleuâtres, avec varicosités flexueuses, qu'à côté des pustules acnéiques, et plus saillantes que celles-ci, existent des bosselures séparées par des sillons, molles et très vasculaires; que la couperose, enfin, n'a ni ulcérations, ni croûtes, ni cicatrices. Il ne faut pas oublier toutefois que la syphilide acnéique peut être, par extraordinaire, uniformément répandue sur toute la surface du nez et que les plaques rouges peuvent être sillonnées par des vaisseaux variqueux, ce qui complète l'assimilation avec l'acné rosée. (Voy. le cas de Stelwagon, observ. I.) Celle-ci, de son côté, peut dans quelques cas rares présenter une localisation unilatérale (cas de Leloir — névralgie du trijumeau avec poussées congestives et pustulettes d'acné sur le nez du côté affecté à chaque accès névralgique, *Ann. Dermatologie*, 1882, p. 664). Malgré cela, nous croyons que l'extrême vascularité avec sinuosités variqueuses des plaques rouges et des bosselures est un caractère appartenant en propre à l'acné rosée, et que la localisation unilatérale constitue un excellent signe diagnostique en faveur de la syphilide. Nous l'avons noté dans presque toutes nos observations, et nous avons eu la satisfaction de voir un éminent maître, Duhring, de Philadelphie, insister beaucoup sur cette différence entre la syphilis et l'acné.

Quant à l'acné pustuleuse, on sait qu'elle se développe, de préférence, dans la jeunesse, et qu'elle siège très rarement sur le nez seulement. Elle se manifeste, en même temps, sur les joues, le front, le dos, les épaules, etc. Ses éléments sont discrets par ci, par là, distincts les uns des autres et ne formant pas de groupes confluents. Ce sont des pustules coniques ou des nodosités globuleuses, couronnées d'un point blanc, d'une coloration d'un rouge vineux ou violacé, plus animé que jambonné, souvent douloureuses à la pression, le liquide purulent ne se concrète pas en croûte persistante; selon le degré de leur développement, les éléments acnéiques laissent après eux ou une macule passagère, ou un noyau dont la résolution reste souvent incomplète. L'affection est essentiellement polymorphe (acné ponctuée, comédons, séborrhée) et sa durée excessivement longue. Voilà autant de caractères qui servent à distinguer de l'acné pustuleuse, la syphilide acnéique du nez.

Lorsque celle-ci prend la forme croûteuse, enveloppant le nez dans un amas de croûtes comme le ferait un cornet, on est porté à la confondre avec l'acné sébacée concrète. Mais cette dernière affection se développe pendant la jeunesse (réserve faite pour les plaques isolées d'acné sébacée qu'on rencontre chez les vieillards et qui constituent alors le premier symptôme du cancroïde), les croûtes sont molles, graisseuses au toucher et à la vue, malléables, d'un jaune noir ou gris sale; en les prenant par les bords, on voit des prolongements de leur face adhérente, sous forme de stalactites, qui s'implantent comme des racines dans les orifices élargis des glandes sébacées.

Il y a souvent coïncidence avec une séborrhée huileuse du front, des joues, des tempes (expérience d'une feuille de papier buvard), avec des comédons, etc.

L'aspect croûteux du nez fait qu'on peut prendre aussi la syphilide acnéique pour un impétigo, méprise facile à éviter si l'on songe que celui-ci atteint particulièrement les enfants ou les jeunes gens de tempérament manifestement lymphatique, qu'il consiste en une plaque rouge sur laquelle poussent rapidement et d'un trait une multitude de petites pustules, serrées les unes contre les autres, se rompant très vite et donnant par le dessèchement de leur contenu visqueux, des croûtes molles, mélicériques, d'un jaune doré à teintes flavescentes, peu adhérentes, se reproduisant sans cesse et montrant, sous elles, une surface rouge, sans ulcération. Ce sont des pustules épidermiques (Besnier) qui guérissent en laissant une rougeur passagère, sans cicatrice. L'évolution est aiguë. La maladie n'est pas localisée au nez, mais existe également sur le reste de la face, surtout dans les parties velues des joues, des lèvres, etc. Dans les cas d'impétigo chronique, un bon signe qui mette sur la voie du diagnostic (Lailler) est l'existence de surfaces eczémateuses au niveau des oreilles. Quant à l'impétigo rodens de Bateman, ou scrofulide pustuleuse du professeur Hardy, il doit être rattaché au lupus.

Peut-on confondre la syphilide acnéique avec un cancroïde? Cela arrive assez souvent, surtout lorsque par des traitements intempestifs l'éruption a été irritée et dénaturée. Nous relatons deux faits, parmi nos observations, où cette erreur a été commise par d'autres confrères. Pour arriver à un bon diagnostic, il faut prendre en considération que le cancroïde est une maladie, ordinairement, d'un âge plus avancé encore que celui auquel se développe la syphilide acnéique du nez; qu'il débute par un bouton solitaire sous forme de verrue rugueuse hérissée d'éminences papillaires, ou d'une crevasse entourée d'un rebord saillant; l'ulcération arrive lentement, l'extension fait des progrès toujours sur un même

point et à la fin donne lieu à une perte de substance rouge, papillaire, saignante, à bourrelet périphérique dur et saillant comme un ourlet parsemé de grains miliaires blancs comme des perles. Tout autour de l'ulcération, on constate une production épidermique exagérée, ou un lacis vasculaire, mais jamais cette rougeur congestive qui enveloppe les pustules et les ulcérations de la syphilide acnéique du nez, s'étendant souvent bien au delà d'elles. La sécrétion du cancroïde est peu abondante, visqueuse et se concrète moins en croûtes que la syphilide. Enfin, il s'accompagne de douleurs lancinantes et retentit plus ou moins vite sur les ganglions qui sont gonflés, durs et douloureux à la pression.

Reste le lupus, qui, appartenant essentiellement à l'enfance et à la première jeunesse, ne peut être confondu qu'avec la syphilide acnéique d'origine héréditaire. Dans le temps, on croyait que le lupus pouvait provenir d'une syphilis héréditaire, mais les progrès de la science ont démontré qu'il s'agit, dans ces cas, tout simplement de syphilides lupiformes. On se rappellera donc que le vrai lupus est caractérisé par des nodosités particulières, enchâssées dans le chorion, mollasses, se laissant pénétrer et dilacérer avec une facilité spéciale par l'aiguille à scarification (signe de Vidal), nodosités d'une coloration rouge jaune, demi-transparentes, présentant, à leur périphérie, des grains de milium (signe de Besnier). On se rappellera les croûtes épaisses, noirâtres du lupus, les ulcérations à bords mous, décollés, flottants, violacés, à fond granuleux, fongueux, tapissé de bourgeons mollasses, torpides, la durée indéfinie de l'affection, etc. La muqueuse nasale est prise souvent, soit par propagation du lupus cutané, soit primitivement.

Il est bien entendu que dans tous les cas, après l'analyse des caractères objectifs de l'affection, on cherchera toujours à compléter le diagnostic par l'examen du malade au point de vue des symptômes concomitants, des vestiges d'anciennes lésions, des antécédents personnels et héréditaires. Enfin, il est du devoir du médecin, alors même que le résultat de l'enquête sera négatif et que l'affection aura toutes les apparences d'un lupus ou d'un cancroïde, il est du devoir du médecin, avant d'entreprendre quoi que ce soit, et surtout une opération radicale, de prescrire le traitement antisyphilitique, ne fût-ce qu'à titre d'essai, de pierre de touche. C'est là le juge suprême et le complément nécessaire du diagnostic (voy. obs. III et IV).

Tout n'est pas fini cependant lorsque, à l'aide de toutes ces données, on est arrivé à la certitude de l'origine syphilitique du mal. Il faut encore préciser à quelle période se trouve la maladie et à quelle forme éruptive appartient l'affection. En d'autres termes, il reste à déterminer en quoi la syphilide acnéique se distingue des autres éruptions syphi-

litiques. Ce sera là, en même temps, le moyen de nous montrer que cette affection n'est pas une chimère, un nouveau mot adapté à des lésions depuis longtemps connues, mais une variété particulière possédant des limites nettement définies et des caractères propres.

Il est bien entendu que dans ce diagnostic différentiel il ne peut être question que des éruptions qui présentent une localisation circonscrite à la région du nez ; les syphilides précoces, qui sont diffuses et généralisées, sont éliminées d'emblée de ce cadre, et celle qui porte le même nom, la syphilide acnéique vulgaire (pour ainsi dire) est une de celles qui entrent le moins en ligne de compte. Dans les premiers temps de la syphilis, on rencontre quelquefois des placards papulo-croûteux isolés sur le nez, mais il s'agit alors de papules recouvertes d'une croûte, sans suppuration, sans ulcération sous-jacente. On connaît la grande fréquence de la syphilide granulée des ailes du nez de Ricord et Fournier; elle consiste en petites papules verruqueuses, dures, sèches, recouvertes d'une couche squamo-croûteuse plutôt que d'une vraie croûte, et coïncidant souvent avec des syphilides de même nature des commissures labiales et du pli mentonnier.

L'impétigo syphilitique ressemblerait davantage à la syphilide acnéique, puisqu'il consiste en pustules comme lésion élémentaire; mais ces pustules sont agminées, confluentes, étendues sur de larges surfaces, recouvertes de croûtes jaunâtres et aimant à se localiser, autant et plus encore que sur le nez, dans les parties pileuses de la face, achevant enfin leur évolution sans donner lieu à de véritables cicatrices. L'impétigo syphilitique, par conséquent, simule plutôt l'impétigo simple — sauf que ses croûtes sont d'un jaune moins doré, moins flavescent — que la syphilide acnéique. Il faut savoir cependant que, comme dans toutes les manifestations cutanées de la vérole, il y a des cas intermédiaires effaçant les différences qui existent entre les deux types. C'est ainsi que nous avons eu l'occasion d'observer, à la consultation de notre savant confrère, M. le Dr Zambaco-Pacha, une jeune femme chez qui le diagnostic différentiel est resté douteux. A la troisième année révolue d'une syphilis, elle présentait sur le bout du nez, sur l'aile droite et sur la moitié correspondante de la face cutanée de la lèvre supérieure, quelques boutons isolés, à croûtes jaunes. Un de ces boutons, le premier apparu en date, avait laissé une cicatrice enfoncée et présentant une crête médiane, au milieu de la lèvre supérieure sous la sous-cloison. Était-ce une syphilide acnéique ou un impétigo? L'isolement des boutons et la cicatrice labiale plaidaient en faveur de la première de ces deux formes éruptives, les croûtes jaunes et molles, ainsi que la période peu avancée de la syphilis, tendaient à faire admettre

l'impétigo. C'est pourquoi nous n'avons pas compris le cas parmi nos observations.

Quant à l'impétigo rodens, il se distingue par son extension centrifuge sous forme d'un bourrelet pustuleux annulaire, devenant croûteux à son tour et ainsi de suite. Le siège de prédilection de cet impétigo est le nez; mais, par l'extension progressive en surface, le mal finit par occuper de vastes portions de la face, en même temps qu'il s'avance dans la profondeur des tissus. C'est donc une syphilide maligne et destructive, et cependant c'est un accident bien moins tardif que la syphilide acnéique, secondo-tertiaire plutôt que franchement tertiaire, au point de vue de l'ordre chronologique.

Restent enfin les syphilides tuberculeuses dont l'époque d'apparition est la même que celle de la syphilide acnéique. Voici quels sont les caractères qui distinguent celle-ci de celles-là : 1) Le tubercule syphilitique est une nodosité qui plonge dans la profondeur du derme et en émane (Besnier), nodosité dure, lisse, luisante, squameuse. Si, à un moment donné, il prend une apparence acnéique, c'est par le ramollissement nécrobiotique de son centre. — La syphilide acnéique consiste essentiellement en papulo-pustules proprement dites. 2) Les tubercules syphilitiques, malgré l'apparence bénigne du début, occasionnent bientôt de fâcheuses surprises, en produisant brusquement des ravages, des trouées (1) avec cicatrices difformes comme suites ineffaçables, tandis que la syphilide acnéique est une éruption superficielle, malgré son époque d'apparition tardive, se borne à effleurer seulement le derme, malgré sa longue durée et dès lors elle ne laisse à sa suite que des cicatrices insignifiantes. 3) Les syphilides tuberculeuses sont très souvent accompagnées de lésions de la muqueuse nasale, avec ozène et destructions osseuses, comme si les tubercules cutanés et les tubercules muqueux marchant à la rencontre l'un de l'autre se donnaient rendez-vous au niveau du squelette du nez. Rien de pareil avec la syphilide acnéique qui, tout au plus, peut présenter, quelquefois, les symptômes d'un catarrhe nasal sans importance et sans relation intime avec l'éruption cutanée, ainsi que nous l'avons déjà noté. 4) Des éléments éruptifs de la syphilide acnéique n'affectent aucune disposition spéciale, sont jetés sans ordre, çà et là, contrairement aux tubercules syphilitiques dont un des traits les plus saillants et les plus caractéristiques est certainement la tendance à se grouper d'une façon méthodique et à figurer, dans leur ensemble, des anneaux, des segments de cercle, des croissants, etc.

Traitement. Il est bien simple ; c'est le traitement général de la syphi-

(1) Voy. les paroles du professeur Fournier citées plus haut (page 624, note).

lis. Horand a soigné ses malades surtout avec l'iodure de potassium; Jullien a employé, dans son cas, les injections de calomel; Stelwagon a prescrit le traitement mixte. C'est ce dernier que nous avons mis en pratique, de notre côté, chez tous nos malades. La dose moyenne de l'iodure a été de 3 et 6 grammes par jour dans presque tous les cas. Chez les malades de Calfoglou et de Stelwagon, seuls, il a fallu porter la dose jusqu'à 8, 10 et 12 grammes pour obtenir la guérison.

Comme applications locales, on peut se servir de cataplasmes d'amidon ou de compresses d'eau boriquée pour décaper; ensuite une pommade au calomel. Si les cicatrices ont une tendance à devenir verruqueuses et inégales, on peut, suivant le conseil de Horand, les réprimer et les égaliser par des badigeonnages de teinture d'iode.

III. De la blennorrhagie chez la femme,

par M. le Dr Eraud (de Lyon).

J'ai l'honneur de communiquer au Congrès quelques recherches sur la blennorrhagie de la femme, basées sur l'examen micrographique des diverses sécrétions génitales produites ou modifiées par le gonocoque; c'est dire que j'étudierai successivement : 1° l'uréthrite ; — 2° la vaginite ; — 3° la métrite.

De l'uréthrite. — On peut reconnaître à l'uréthrite gonococcienne trois variétés anatomiques. *Une première variété* est constituée exclusivement par des globules purulents jeunes, sans cellules épithéliales, sans fibres conjonctives, sans autres parasites que le gonocoque lui-même : cette variété ressemble point pour point à l'uréthrite gonococcienne de l'homme. Mais cette variété d'uréthrite, purulente, jaunâtre, épaisse, est de courte durée chez la femme, et on ne tarde pas à voir succéder à cette première, *une deuxième variété*, dans laquelle, entrent concurremment avec les leucocytes jeunes, des globules blancs irisés, en voie de désagrégation, le tout avec des cellules épithéliales, — et au milieu de tous ces éléments anatomiques, indépendamment du gonocoque qui s'y rencontre, en nombre plus ou moins considérable, on y trouve d'autres parasites vulgaires dont l'action est encore loin d'être précisée. Il est enfin *une dernière variété* dans laquelle les éléments vulgaires, à savoir : fibres élastiques, fibres conjonctives, cellules épithéliales triangulaires ou rondes, prédominent, mélangées à une petite

quantité de leucocytes plus ou moins jeunes, dans lesquels ou autour desquels on trouve des *gonococci*, soit en amas, soit épars. Il est à remarquer que le gonocoque ne vit pas en thèse générale avec les cellules épithéliales, mais coexiste au contraire presque toujours avec les leucocytes.

Mais c'est surtout dans cette troisième variété d'uréthrite que la recherche du microbe spécifique est difficile et délicate, car le microscope ne permet pas toujours de trancher la question. Et pourtant il est capital de savoir si une femme, porteur d'un écoulement uréthral, est capable ou non d'infection. A cela je répondrai que ce n'est point l'examen à l'œil nu, ni même l'examen microscopique isolé, qui permettent de dire qu'une femme, porteur d'une uréthrite, est capable d'infection. En d'autres termes, la présence de l'uréthrite ou mieux d'un écoulement uréthral, sauf dans les cas d'écoulement aigu, muco-purulent, n'est pas une certitude en faveur d'une blennorrhagie. En conséquence, et c'est là un fait capital en médecine légale, l'examen microscopique isolé, le fait seul de faire sourdre la goutte au méat, ne sont point des titres suffisants à affirmer l'existence d'une uréthrite spécifique.

De la vaginite. — Si, à propos de l'uréthrite, on peut dire qu'elle est presque toujours, sinon toujours, de nature gonococcienne, nous allons voir qu'il est loin d'en être ainsi pour le vagin, où le microbe de Neisser ne vit presque pas, contrairement à l'opinion déjà fort ancienne qui considère la vaginite blennorrhagique comme très fréquente. Je pourrais ici, comme pour l'uréthrite, distinguer trois variétés d'écoulement vaginal : une première variété, constituée exclusivement par des globules purulents jeunes, dans lesquels on trouve alors des îlots de *gonococci :* je dois ajouter que cette variété est excessivement rare, exceptionnelle même, car sur près de deux cents observations, c'est à peine si je l'ai notée trois ou quatre fois ; une deuxième variété, dans laquelle il y a mélange de cellules épithéliales provenant de la desquamation du vagin, d'une part, et d'autre part de leucocytes plus ou moins jeunes : on n'y retrouve plus le gonocoque ou tout au moins pas sûrement ; et enfin une troisième variété qui se confond avec ce qu'on est convenu d'appeler la vaginite vulgaire.

Que si, d'autre part, on veut bien examiner le vagin avec le speculum, on est en général surpris de voir la chose ci-après : c'est que l'écoulement du quart antérieur du vagin est plus blanchâtre, plus liquide, tandis que, dans les culs-de-sac, on aperçoit un magma concret, plus jaunâtre, et qui revêt, *a priori*, les caractères du pus. Cette différence apparente est dissipée par l'examen microscopique, car on retrouve, dans

les deux sécrétions, surtout et avant tout, des cellules épithéliales rondes ou ovalaires, ou pyramidales, mêlées à quelques leucocytes plus ou moins vieux. Somme toute, il ne paraît pas y avoir, dans le vagin, de processus inflammatoire, c'est-à-dire de diapédèse, ce que l'on constate par la double expérience suivante : 1° Si on examine comparativement la sécrétion contenue dans chacun des culs-de-sac, on reconnaît que c'est dans le cul-de-sac supérieur, en général, où l'on trouve le moins de globules de pus, alors que dans le cul-de-sac inférieur on en trouve un certain nombre ; — 2° après avoir obturé le col utérin avec un tampon d'ouate, après lavage préalable du vagin, on constate qu'il n'y a pas de globules de pus ou fort peu. D'où viennent donc les leucocytes ? De l'utérus, très certainement, et non du vagin. On en a encore la preuve dans ce fait, qu'en présence d'une métrite gonococcienne assez abondante, le vagin est rempli de leucocytes et toujours plus dans le cul-de-sac inférieur que dans la partie antérieure du vagin, et voire même on trouve plus de *gonococci* dans le fond du vagin que dans le vagin antérieur. Quand j'aurai ajouté que je n'ai jamais vu la vaginite gonococcienne sans métrite concomitante, alors que j'ai vu le plus souvent la métrite exister sans vaginite, j'aurai démontré, je l'espère, les deux faits suivants : à savoir, que la vaginite gonococcienne n'existe pas en tant qu'entité morbide isolée, mais que, quand elle existe, ce qui est fort rare, elle est toujours liée à la métrite dont elle est dépendante ; — 2° que le vagin n'est pas susceptible de donner lieu, en général, à une exsudation de globules blancs. Mais qu'on me comprenne bien. Je ne veux pas nier ici la vaginite, en tant que rougeur, douleur, tension, exulcérations, ces dernières ayant permis de comparer la vaginite à la balanite ; cette symptomatologie est réelle, évidente, mais ce qui manque à la vaginite, pour être complète, c'est la production de globules de pus. Quelles sont donc les raisons qui militent en faveur de cette opinion ? Il en est plusieurs ; une entre autres, d'ordre clinique, démontrant que le gonocoque ne vit pas à la surface du vagin, par ce motif que le gonocoque, ne vivant que dans les milieux alcalins, ne peut vivre dans le vagin, ce milieu étant acide. Mais alors pourquoi le gonocoque ne vit-il pas à la surface de la muqueuse nasale, milieu alcalin par excellence ? La raison, plus vraie selon moi, de l'absence du gonocoque dans le vagin, réside dans l'épaisseur de l'épithélium vaginal qui est pavimenteux et qui s'oppose sans doute à la pénétration du microbe dans le tissu sous-muqueux, d'une part, et d'autre part, dans l'absence de vaisseaux et de réseaux lymphatiques sous-muqueux.

3° *Métrite.* — Il s'agit de savoir si le gonocoque vit ou ne vit pas dans

l'utérus; à cet égard, les opinions sont partagées: les uns admettent comme rare la métrite gonococcienne; d'autres au contraire, avec Steinchneider, considèrent la métrite comme le siège initial et électif de la blennorrhagie. D'après ma statistique, la métrite gonococcienne se retrouverait dans 50 p. 100 des femmes atteintes de blennorrhagie. Et je suis porté à penser que, si les auteurs n'ont pas trouvé aussi souvent le gonocoque dans l'utérus, c'est que la recherche est fort difficile; il ne faut point se contenter d'examiner les sécrétions plus ou moins glaireuses, plus ou moins purulentes, qui s'échappent du col; il faut gratter assez fortement la muqueuse utérine, et c'est dans la sérosité sanguine recueillie après le grattage que l'on retrouve le parasite.

Par des recherches fréquemment répétées, j'ai pu reconnaître trois variétés cliniques de métrite gonococcienne : 1° *La métrite hyperémique*, fort rare, et qui n'est sans doute que le premier stade de la suivante, dite *métrite ulcéreuse*, caractérisée par une ulcération à bords légèrement décollés, occupant les deux lèvres du col, l'inférieure surtout, et s'accompagnant d'une dilatation de la cavité cervicale; — 3° *la métrite hypertrophique ou bourgeonnante*, résultant de la précédente, à longue échéance, et produite par les traumatismes utérins, tels que grossesse, avortements.

Le gonocoque vit presque exclusivement dans le col, et rarement dans le corps de l'utérus. Il vit encore moins dans les trompes, le péritoine; aussi toutes les complications observées de ce côté, rapportées à la blennorrhagie, ne sont pas produites par le gonocoque, mais ressortissent au domaine probable d'autres parasites, dont le rôle et la morphologie ne sont point encore élucidés: ce sont des infections secondaires. Quel est le traitement à employer contre la blennorrhagie de la femme? J'ai tour à tour essayé tous les balsamiques, les cautérisations, etc., sans résultat appréciable. Ce qui m'a le mieux réussi contre la métrite, c'est le râclage de la muqueuse avec la curette de Volkmann, puis lavages avec des parasiticides, tels que le sublimé ou bien des instillations de nitrate d'argent.

IV. Blennorrhagie aiguë. Balano-posthite gangréneuse. Pleurésie diaphragmatique. Arthrite sterno-claviculaire. Phlébite double des membres inférieurs. Guérison,

par M. le Dr Léon Perrin (de Marseille).

Dans l'observation que nous avons l'honneur de présenter, on verra une balano-posthite blennorrhagique prenant le caractère gangréneux et devenant l'origine d'une pleurésie diaphragmatique, d'une phlébite double des membres inférieurs, d'une arthrite sterno-claviculaire. Ce fait nous paraît intéressant en ce qu'il présente un exemple de ces infections secondaires dont on s'occupe tant à l'heure actuelle. Une première infection, la balano-posthite, ouvre la porte à une seconde, sorte de pyohémie atténuée, pyohémie se rapprochant beaucoup de l'infection puerpérale, et par la porte d'entrée génitale et par la pleurésie et par la phlébite des membres inférieurs.

Il est vrai qu'il manque à ce cas la sanction des recherches bactériologiques, mais le malade ayant guéri, et la pleurésie n'ayant pas nécessité de ponction, il eût été difficile de récolter un liquide quelconque pouvant servir à des recherches bactériologiques.

Voici la relation de ce cas :

M. X..., âgé de dix-huit ans, est un jeune homme bien développé, robuste, vigoureux, ayant une taille de $1^m,76$. Son père a eu une phlébite rhumatismale du membre inférieur droit, il est mort, il y a dix ans, d'hémorragie cérébrale; sa mère est nerveuse, mais jouit d'une bonne santé. Quant au malade, en dehors de la rougeole et de la scarlatine qu'il a eue dans l'enfance, il a toujours été bien portant. Le 20 janvier 1886, il contracte pour la première fois une blennorrhagie.

Elle est douloureuse, aiguë, intense; dès le début, elle a été soignée sur le conseil d'amis et d'un pharmacien par des injections astringentes et de l'opiat.

A la fin de février, c'est-à-dire six semaines après le début, l'écoulement après avoir diminué, reparaît, mais sans amener de douleurs. Le 28 février, le malade danse pendant toute la nuit; le lendemain, la verge est un peu douloureuse, rouge, tuméfiée, il continue pourtant à marcher, mais le soir il est pris de frissons, de fièvre, et est obligé le lendemain de garder le lit.

Le 3 mars, je vois le malade pour la première fois. Il est affecté d'un phimosis congénital; la verge est rouge, douloureuse, tuméfiée, surtout à la partie inférieure déclive; la peau à ce niveau est luisante, distendue, paraît amincie, comme prête à éclater, il s'écoule par l'orifice préputial un liquide purulent abondant. Comme phénomènes généraux : Pouls 130; température 39°,6, embarras gastrique, insomnie, etc.

Malgré un traitement antiphlogistique, cette balano-posthite phlegmoneuse n'est nullement modifiée.

Le 5 mars, le prépuce présente une phlyctène sanguinolente reposant sur une plaque violacée de sphacèle, au niveau de la couronne du gland. L'escarre a la forme et l'étendue d'une pièce de 1 franc. Le lendemain, le gland a passé à travers le prépuce perforé au niveau de la plaque gangréneuse; les phénomènes inflammatoires sont amendés, le prépuce est flasque, flétri, violacé au lieu d'être rouge, luisant; il pend au-dessous du gland. Sur le gland, on voit quelques érosions paraissant dues à la balano-posthite inflammatoire et non à des chancres mous. (Le malade d'ailleurs n'avait eu qu'une blennorrhagie presque guérie et depuis sept semaines n'avait eu aucun rapport sexuel.)

L'état général du malade comme l'état local étaient très satisfaisants, quand dans la nuit du 13 au 14 mars il se plaint d'un point de côté violent à gauche. La douleur siège à la base de la poitrine du côté gauche, le long du rebord cartilagineux des fausses côtes; la pression la réveille surtout à un ou deux travers de doigt de la ligne blanche à la hauteur de la dixième côte; la pression est aussi douloureuse à la partie postérieure du dernier espace intercostal, près du rachis, enfin la sensibilité est marquée entre les attaches inférieures du sterno-mastoïdien sur le trajet du phrénique. La respiration est courte, fréquente, anxieuse; à l'auscultation, affaiblissement du murmure vésiculaire; le thermomètre marque 39°,2.

Les localisations de la douleur, la submatité à la base en arrière, enfin un bruit de frottement très net ne peuvent laisser aucun doute sur l'existence d'une pleurésie diaphragmatique. L'état général est mauvais : le malade a des vomissements fréquents, de la fièvre, la température oscille entre 38°,8 et 39°,6, la toux est sèche, fatigante.

Il n'y a aucun signe d'épanchement.

Au bout de huit à dix jours, les phénomènes généraux s'améliorent, il ne reste plus que de la submatité, des frottements et de la toux qui détermine une douleur assez vive dans l'aine gauche. On ne sent, pourtant, en ce point, sur lequel le malade attire l'attention, aucun ganglion tuméfié, la plaie du prépuce est d'ailleurs en bonne voie de cicatrisation.

La température qui était presque normale 37°,8; s'élève le matin à 38°,5 et atteint le soir 39 degrés, 39°,8; le 26 mars, la douleur inguinale s'est étendue à toute la partie moyenne et interne de la cuisse gauche qui est œdématiée rouge, douloureuse à la pression; on ne sent pourtant qu'une rénitence, une tension douloureuse suivant le trajet de la veine. Les jours suivants, l'œdème augmente et gagne tout le membre inférieur gauche qui est volumineux, sensible et présente tous les signes d'une phlébite de la fémorale.

Huit jours après, le membre inférieur droit est pris à son tour et de la même manière, mais la tuméfaction est moins marquée qu'à gauche.

L'état général continue à être alarmant : fièvre élevée, température au-dessus de 39 degrés, insomnie, anorexie, vomissements, amaigrissement marqué, dépression morale.

Pourtant du côté de la plèvre, il ne reste que du frottement et un peu d submatité.

Le 1er avril, le malade attire l'attention sur l'articulation sterno-claviculaire gauche, qui est un peu tuméfiée et surtout douloureuse (sulfate de quinine frictions mercurielles, inhalations d'oxygène, potion cordiale avec alcool et extrait de quinquina).

Cette manifestation articulaire dure peu; au bout de quatre à cinq jours, le

gonflement a disparu et la douleur n'est déterminée que par une pression un peu forte. Du côté des membres inférieurs, la phlébite ne présente aucune complication, les phénomènes inflammatoires diminuent progressivement, et à partir du 15 avril les phénomènes généraux disparaissent, la température est normale, le malade commence à manger et à dormir.

Le 4 mai, les membres inférieurs ne sont plus douloureux, l'œdème est moins marqué, le malade peut se lever et rester quelques heures dans un fauteuil. L'état général est aussi satisfaisant que l'état local.

Le 1er juin, le malade sort en voiture, il porte des bas et cuissards en tissu élastique qu'il a dû conserver pendant dix-huit mois. Quant au lambeau préputial, il est excisé le 25 juin et la réunion a lieu par première intention.

Remarques cliniques. — L'ensemble des phénomènes morbides qui se sont déroulés sous nos yeux présente, ainsi que nous le faisions remarquer au début, une certaine analogie avec les infections puerpérales. La pleurésie diaphragmatique a marqué la première étape de l'infection. Pour expliquer le développement de la phlébite double, on peut supposer que, des veines de la verge, les micro-organismes ont gagné les veines du bassin et ont provoqué là une endophlébite qui s'est accompagnée de la formation d'un caillot, lequel s'est étendu dans les veines des membres inférieurs. Ce serait un mécanisme analogue à celui de la phlébite puerpérale bien étudiée par F. Widal dans sa récente thèse. Mais dans ce cas, la phlébite est généralement unilatérale. Ici elle était double; par suite, on peut se demander si les mêmes causes qui ont déterminé l'apparition de la phlébite à gauche n'ont pas également existé à droite.

V. Sur quelques particularités dans le traitement de la blennorrhagie par les instillations,

par M. le Dr S. Rosolimos (d'Athènes).

Il est indiscutable que les instillations de la solution de nitrate d'argent faites dans l'urèthre postérieur, ainsi que M. Guyon le recommande, amènent dans un certain nombre de cas, la guérison de la blennorrhagie chronique ; mais il est aussi un grand nombre de cas, où les instillations faites tous les deux jours, comme on les fait, et toujours avec la solution au nitrate d'argent échouent complètement au grand désespoir des malades.

D'après mes observations cliniques, on doit tenir compte de quelques

particularités dans ce mode de traitement pour assurer presque toujours la guérison de l'état chronique de la blennorrhagie.

On doit avant tout se baser sur la division de l'état chronique de la blennorrhagie, en blennorrhagie chronique proprement dite et en goutte militaire.

Cette division faite par M. le professeur Fournier est indispensable pour le traitement de l'état chronique de la blennorrhagie. Or, lorsque l'écoulement, bien qu'il date de plusieurs mois, apparaît non seulement le matin, mais même dans la journée, si en un mot la blennorrhagie est chronique proprement dite, il faut faire une instillation non pas tous les deux jours, mais bien tous les jours. Cette particularité est dans la grande majorité des cas des plus indispensables ; il faut, du reste, continuer à faire des instillations quotidiennes pendant quinze jours environ, après la disparition complète de toute trace d'écoulement.

Lorsque l'individu a souffert d'hémorrhoïdes, ou s'il en souffre pendant la période chronique de la blennorrhagie, il est préférable de remplacer dans les instillations la solution au nitrate d'argent par une solution au sulfate de cuivre (de 50 centigrammes p. 100 grammes d'eau) et de faire des instillations quotidiennes avec ce médicament, qui paraît agir dans l'inflammation de la membrane profonde de l'urèthre de la même façon que dans l'inflammation de la membrane palpébrale, en détruisant les granulations qui peuvent naître dans ces membranes à la suite de leur inflammation chronique. Chez les mêmes individus hémorrhoïdaux, il faut tous les trois ou quatre jours pratiquer, avant l'instillation, une dilatation de l'urèthre en y faisant passer des sondes de plus grand calibre.

Enfin, lorsque l'individu est lymphatique, il vaut mieux se servir alternativement dans les instillations profondes de la solution au nitrate d'argent et de la solution au sulfate de cuivre.

Lorsque l'état chronique est caractérisé par la goutte militaire, on obtient de meilleurs résultats en ne faisant que tous les deux jours une instillation de la solution au nitrate d'argent ou au sulfate de cuivre ou bien alternativement de l'une ou de l'autre suivant l'état déjà mentionné de l'individu.

Avant chaque instillation, on doit pratiquer le lavage de l'urèthre et, après la disparition complète de l'écoulement, il faut continuer le traitement convenable suivant les conditions dont j'ai parlé plus haut, pendant une quinzaine de jours.

VI. La peptonurie dans la syphilis,

par M. le Dr Paul Raymond (de Paris).

La présence de peptones, c'est-à-dire de matières albuminoïdes hydratées et non assimilées, a été constatée dans l'urine dans un certain nombre de circonstances et notamment lorsqu'il y a dans l'organisme destruction de leucocytes à la suite d'une hyperproduction de ces éléments, ainsi que cela se voit dans les exsudats par exemple. Dans ce cas, la peptone que contiennent les leucocytes à l'état normal est mise en liberté et elle est alors éliminée par l'urine.

La peptonurie a été également constatée lorsqu'il se fait dans l'économie une prolifération d'éléments autres que les leucocytes et c'est ainsi qu'on l'a constatée dans le cancer, dans le sarcome, à la suite de la néoformation cellulaire rapide et excessive de ces tumeurs, ou encore et surtout au moment de la désintégration des cellules de ces néoplasmes.

Enfin la peptonurie a encore été trouvée dans différentes maladies infectieuses par suite de leur retentissement sur les globules du sang et de la destruction des leucocytes.

Il semblait logique, à ces différents titres, d'admettre la possibilité d'une peptonurie liée à l'infection syphilitique ou à l'existence des produits cellulaires d'ordre spécifique et, de fait, la peptonurie a dans ces cas été recherchée. Ces recherches n'ont pas seulement un intérêt scientifique : elles ont aussi une portée pratique. La peptonurie représente, somme toute, une déperdition de matières albuminoïdes et l'on était en droit de se demander si dans l'anémie des syphilitiques, notamment, il ne fallait pas faire une part à cette déperdition des substances protéiques.

Je me suis donc proposé de rechercher : 1° si dans la syphilis, la peptonurie pouvait se montrer ; 2° si dans l'anémie des syphilitiques, il fallait faire jouer un rôle à la perte d'albuminoïdes autres que la sérine et la globuline. Ces recherches ont été faites dans le laboratoire de mon savant maître, M. le Dr Quinquaud, et je suis heureux de saisir l'occasion qui m'est offerte pour lui témoigner, de nouveau, ma bien affectueuse gratitude.

Avant moi, M. le professeur Gerhardt, alors à Wurzbourg, et plus récemment M. Poehl, en Allemagne, et M. Georges, en France, ont recherché la présence de la peptone dans l'urine des syphilitiques. M. Gerhardt l'a trouvée dans la syphilis tertiaire. M. Georges ne l'a recherchée que

dans trois cas de syphilis secondaire et trois fois il est arrivé à un résultat négatif. M. Poehl l'a rencontrée dans la proportion considérable de soixante-six fois sur cent syphilitiques. Si l'on songe aux procédés défectueux dont disposait le professeur Gerhardt à une époque où cette question des albuminoïdes était encore si obscure, si l'on considère d'autre part les résultats auxquels était arrivé M. Poehl, on reconnaîtra l'intérêt qu'il y avait à reprendre l'étude de cette question, et à contrôler les conclusions des trois expérimentateurs que j'ai cités.

Je me suis servi du procédé de Hofmeister qui peut être considéré comme le plus clinique et même le plus exact dont nous disposions aujourd'hui. Je l'ai employé tel que je l'ai décrit récemment dans une Revue où l'on pourra trouver des renseignements complémentaires sur lesquels je ne puis insister ici (1).

J'ai expérimenté sur des urines de syphilitiques fortement anémiés et pour me mettre autant que possible à l'abri des causes d'erreur, j'ai choisi des urines qui ne contenaient aucune trace d'albumine, ce dont je m'étais assuré en les traitant par la chaleur, par l'acide acétique et le sulfate de soude, etc.

Il n'est pas nécessaire d'ajouter que ces malades n'étaient atteints d'aucune autre affection qui pût provoquer la peptonurie et qu'ils ne présentaient notamment aucune affection des voies urinaires, aucune cystite récente ou ancienne.

J'ai opéré au moins sur un litre d'urine que je faisais réduire au bain-marie à 200 grammes environ.

Mes recherches ont porté sur quinze sujets, cinq atteints de syphilis secondaire, dix de syphilis tertiaire.

Chez les cinq premiers qui présentaient des accidents divers de la période secondaire, qui avaient été traités ou non, les résultats sont constamment restés négatifs.

Il semblait dès lors permis de supposer, si l'on peut se baser sur un aussi petit nombre de cas, que l'infiltrat de la période secondaire, non plus que l'infection syphilitique à cette période, n'étaient capables de produire la peptonurie ou tout au moins qu'ils ne la produisent pas constamment.

En était-il de même des lésions plus profondes de la période tertiaire? Dans huit cas de syphilis tertiaire avec lésions cutanées tuberculeuses, ou lésions gommeuses en général multiples, et de siège différent, les résultats ont encore été négatifs.

Dans un neuvième cas, il y avait une légère teinte violacée qui indi-

(1) Paul Raymond. La peptonurie (*Gazette des Hôpitaux*), 6 juillet 1889.

quait la présence d'une petite quantité de peptone dans l'urine : il s'agissait, dans ce cas, d'un malade atteint de phagédénisme tertiaire datant de plusieurs années.

Enfin, dans un dixième cas, on obtint la réaction franche de la peptonurie : le malade était atteint d'une syphilis maligne précoce avec accidents cutanés, nombreux et graves.

Cet homme était débilité par l'alcoolisme, la misère, les privations, la dépression morale.

Ainsi donc, dans treize cas de syphilis, pris à différentes périodes, mais de syphilis normale pour ainsi dire, il n'y avait pas de peptonurie, ou du moins la peptone, si elle existait, ne dépassait pas 0,25 centigrammes par litre (c'est là, en effet, la limite extrême de la sensibilité de la méthode), quantité qui serait certainement négligeable.

Dans deux cas, la présence de peptones dans l'urine a été constatée; en très faible quantité dans le premier cas, en proportions plus accusées dans le second, mais on peut se demander si la peptonurie ne devait pas être, dans ces cas, rattachée bien plutôt aux causes qui avaient rendu la syphilis grave qu'à cette syphilis elle-même.

Il semble bien que ces deux cas aient réuni les conditions requises pour la production de la peptonurie : prolifération cellulaire abondante, désintégration et résorption de ces éléments cellulaires (dans le deuxième cas notamment, où les ulcérations étaient en voie de cicatrisation). Néanmoins, sauf pour ces cas tout particuliers et pour lesquels les expériences seront continuées, on peut conclure :

1° Que la syphilis s'accompagne de peptonurie beaucoup plus rarement qu'on ne serait tenté de le supposer à l'examen d'une maladie infectieuse de ce genre. La peptonurie est particulièrement rare, si même elle existe, à la période secondaire.

2° Que la peptonurie peut se montrer dans certains cas, et notamment lorsqu'il existe une complication de la syphilis (syphilis maligne précoce, phagédénisme tertiaire) sans qu'on puisse dire quelle part revient à cette complication elle-même dans la production du phénomène.

3° Que la peptonurie ne joue par suite aucun rôle dans la production de l'anémie des syphilitiques, et qu'il n'y a pas lieu de faire intervenir, pour expliquer cette dernière, une déperdition en matériaux albuminoïdes.

N.-B. Je viens d'apprendre d'un des membres du Congrès, M. le Dr Szwykowski, de Varsovie, qu'il s'était occupé de cette question de la peptonurie dans la syphilis. Ses recherches sont encore inédites : il a bien voulu me communiquer les résultats auxquels il est arrivé et

ces résultats ne diffèrent pas sensiblement de ceux que j'ai obtenus. Tandis que j'ai rencontré la peptonurie deux fois sur quinze cas, M. Szwykowski l'a trouvée cinq fois sur vingt cas. M. Poehl est arrivé, je le répète, au chiffre énorme de treize fois sur vingt : cette proportion est certainement exagérée.

VII. Des syphilomes musculaires au point de vue chirurgical,

par M. le Dr Le Dentu,

Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

L'observation qui suit est des plus instructives. Elle démontre l'existence d'une forme de syphilome trop peu connue des cliniciens, la forme en *tumeur* très différente de la forme par *infiltration* qui se présente plus souvent, et que pour mon compte j'ai observée plusieurs fois.

Le sujet de cette observation est un confrère âgé d'une quarantaine d'années à peine. Je vais rapporter chronologiquement les divers incidents de son histoire pathologique, mais ce fut seulement au mois de mai 1885 que je fus consulté par lui pour la tumeur qui s'était développée à sa jambe droite.

En octobre 1880, le Dr X... se fait une piqûre à la face palmaire de l'index de la main droite. Une couche de collodion est appliquée sur cette piqûre, et quelques minutes après notre confrère touche une femme dont il ne croit pas avoir à se méfier, car elle ne présente aucune apparence de syphilis. Cette femme était enceinte. Peu d'heures après ce toucher, le Dr X... voit se développer sur son avant-bras, puis sur son bras des traînées de lymphangite qui aboutissent à un ganglion douloureux dans l'aisselle. L'adéno-phlegmon suppuré qui se forme est incisé huit ou dix jours après par le Dr Mignon.

Le pus ne s'écoule pas très bien ; il en résulte une fistule sans tendance à la cicatrisation et des accès de fièvre à retour fréquent.

Appelé par mon confrère, je lui fais le 24 décembre 1880, des débridements multiples et j'institue un drainage méthodique au moyen d'un tube unique, le tout sous le chloroforme.

Quelques jours après l'opération, se produisent des phénomènes bizarres, difficiles à expliquer autrement que par l'extension de l'in-

flammation au plexus nerveux axillaire. Le membre supérieur droit est frappé de paralysie très accentuée, et bientôt des symptômes du même genre se déclarent dans le membre opposé, mais à un degré faible. Ces phénomènes se prolongent jusqu'en février 1881; mais déjà depuis le 15 janvier, la cicatrisation du foyer était parfaite. Le malade ne recouvre franchement les fonctions sensitives et motrices de ses deux bras que vers la fin de mai. Convalescence lente, séjour à la campagne.

Environ deux mois plus tard, vers le mois de janvier 1883, il se déclare un strabisme interne de l'œil gauche; le moteur oculaire externe est frappé de paralysie. Le Dr Parinaud, consulté alors, n'hésite pas à diagnostiquer une paralysie syphilitique, ainsi que le Dr Galezowski, quoique le malade ne puisse trouver dans son passé des antécédents syphilitiques quelconques. Le traitement à l'iodure de potassium conseillé ne fut guère suivi et le strabisme persista.

Ce fut, paraît-il, vers la même époque que le Dr X... constata aux environs de la tête de son péroné droit une petite tumeur ayant le volume d'une noisette, très mobile sous la peau. Elle s'était développée précisément à la place où, pendant la guerre, une balle avait produit une plaie contuse, sans pénétrer profondément dans les tissus. Cette tumeur se développa lentement et mit deux ans à atteindre les dimensions qui seront rapportées à l'instant. Complètement indolore, elle avait *la forme d'un œuf*, elle avait perdu toute mobilité et envoyait des prolongements vers l'espace interosseux et dans l'épaisseur des muscles péroniers latéraux.

Les choses en étaient à ce point vers le milieu de l'hiver de 1884 à 1885. Alors se montrèrent un œdème prononcé de la jambe et des phénomènes inflammatoires légers, apyrétiques, ayant de l'analogie avec de la lymphangite réticulaire.

Un de mes confrères des hôpitaux, agrégé de la Faculté, diagnostiqua alors un *sarcome* de la tête du péroné et conclut à la nécessité d'une opération immédiate qui pourrait bien être l'amputation de la cuisse, étant données les connexions profondes de la tumeur. Deux professeurs de la Faculté se prononcèrent : l'un, pour un sarcome *fuso-cellulaire* développé dans le tissu fibreux d'insertion des muscles péroniers et infiltré dans ces derniers; l'autre, un *fibrome* probablement en connexion avec le péroné. Ils conseillèrent tous deux l'extirpation de la tumeur par énucléation, si c'était un fibrome; par section en plein tissu musculaire, si c'était un sarcome, et la rugination du péroné pour finir. La résection du nerf sciatique poplité externe englobé dans la masse, devenait une nécessité inéluctable et la paralysie des extenseurs du pied, une bien triste conséquence de l'intervention.

C'est alors que je vis notre confrère. Il ne me cacha rien des diagnostics portés jusque-là et ajouta qu'il avait déjà pris des dispositions pour la cession de sa clientèle, cession qui serait sans doute définitive. Je mis d'autant plus de soin à l'examiner que je me demandais si, dans le cas où l'hypothèse *sarcome* était confirmée par mon examen, il ne faudrait pas songer de suite à l'amputation de la cuisse, pour éviter la récidive à peu près inévitable des sarcomes intra-musculaires. J'avais sous les yeux une tumeur formée de deux portions confondues profondément, assez distinctes superficielles, l'une supérieure oviforme, l'autre inférieure plus étalée, la première occupant le long péronier latéral, la seconde le court péronier latéral. Toutes deux semblaient assez adhérentes profondément, dans la direction de la tête du péroné et du ligament interrosseux. Le 19 mai 1885, la bosselure supérieure avait 9 cenmètres de long, 8 cent. 5 de large, en suivant la surface convexe avec un mètre souple. La circonférence de la jambe était de 33 cent. 75 au niveau de la tumeur la plus élevée, de 34 cent. 5 au niveau de la bosselure inférieure.

Pourquoi ne me suis-je pas senti entraîné, comme mes éminents collègues, vers le diagnostic *fibrome* ou *fibro-sarcome ?* Je me rends mieux compte actuellement que je fus guidé par la consistance et les connexions de la tumeur. Tout en étant bien délimitée à sa circonférence, elle se détachait des parties voisines moins nettement que ne l'aurait fait un fibrome. En plus, elle n'offrait ni la rénitence élastique de ce dernier, ni la mollesse pseudo-fluctuante du sarcome. Le strabisme me semblait à moi aussi très caractéristique. Je ne pouvais donc me décider à conclure ni dans le sens du fibrome ni dans celui du sarcome. Restait un fibro-lipome, voire même une production syphilitique d'une forme mal connue et à peine décrite. Dans mon hésitation, j'engageai mon confrère à prendre l'avis de M. Fournier.

Ici se place un des épisodes les plus intéressants de l'observation. M. Fournier appelé à se prononcer avec sa haute compétence, entre les opinions émises, déclara ne pas reconnaître là une forme d'accident syphilitique tertiaire incontestable, mais il s'empressa d'ajouter : « Ne vous laissez pas opérer avant d'essayer le traitement spécifique conseillé par M. Le Dentu. » C'étaient des frictions d'onguent napolitain et l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes par jour.

Or, il arriva qu'après huit jours de ce traitement, un changement notable s'était déjà produit. Les mensurations le démontrèrent avec une netteté sans réplique.

Le 26 mai, je constatais :

Longueur de la tumeur supérieure	0m,085
Largeur	0m,075
Circonférence de la jambe au niveau de la bosselure supérieure	0m,32
Au niveau de la tumeur inférieure	0m,33

Le 9 juin, quatorze jours après, constatations encore plus significatives:

Longueur de la tumeur supérieure	0m07
Largeur	0m,056

La question était jugée. Un traitement de deux mois fit entièrement disparaître toute apparence de néoplasme, mais le strabisme résista au traitement. Il était trop ancien.

Absolument guéri, le docteur put reprendre ses occupations, et depuis quatre ans et demi il ne lui est survenu aucun accident nouveau.

On ne saurait trop mettre en relief un fait aussi probant, aussi intéressant à plus d'un titre. On y voit, ce qui n'est que trop fréquent, le début d'une syphilis échappant absolument à celui qui en est atteint, et cette fois la victime est un médecin. Ma conviction est que l'inoculation s'est faite au moment des accidents du côté de l'aisselle nés d'une piqûre à l'index. Je ne me rappelle pas cependant avoir constaté à ce moment aucun accident secondaire.

On voit encore dans ce fait un exemple de *névrite ascendante* avec propagation à la moelle et extension de la paralysie au bras opposé. On y voit surtout la démonstration de l'existence de véritables *tumeurs syphilitiques* des muscles, distinctes par leurs symptômes objectifs des syphilomes infiltrés, tels qu'on les observe dans certains muscles plats (sterno-mastoïdiens, masséters, temporaux).

Si la littérature médicale renferme quelques faits dignes d'être rapprochés de celui-ci, ils sont en réalité très rares. Je ne pouvais trouver une meilleure occasion pour le faire connaître que le Congrès de dermatologie et de syphiligraphie.

M. Euthyboule : On peut rapprocher du cas communiqué par M. Le Dentu un autre cas que j'ai observé tout dernièrement, à la consultation de l'hôpital Gérémia (Constantinople). C'est une myosite syphilitique des muscles du mollet droit sous forme d'infiltration en nappe, mais présentant, au niveau de l'extrémité supérieure du jumeau interne, une délimitation tellement nette qu'on aurait dit une tumeur fibreuse du muscle. La malade, âgée de trente-cinq ans, blanchisseuse (?), est venue à nos

consultations pour ce gonflement, ainsi que pour une large ulcération ovalaire qu'elle présentait au niveau de la partie charnue du mollet. Le début du gonflement remontait à quatre ans et demi ; l'ulcération était survenue depuis deux mois seulement. Au premier abord, on aurait dit des lésions d'origine variqueuse. L'ulcération était superficielle, rouge, granuleuse comme une plaie de vésicatoire, à bords plats, de niveau avec la peau environnante et le fond de l'ulcération, bords déchiquetés et sinueux de contour. Il y avait quelques veines apparentes à la partie inférieure et interne du genou, quelques veinosités bleuâtres, étoilées au-dessus de la malléole interne, des placards squamo-croûteux tout autour de l'ulcération, la peau était épaissie, colorée avec des poils développés comme si c'était une jambe d'homme.

Malgré cela, le siège de l'ulcération à la région du mollet, qui n'est pas un fait habituel dans les ulcères variqueux et qui dénote plutôt une origine syphilitique (Mauriac, Leçons sur les mal. vén., page 731, note) nous engage à rechercher l'existence de la syphilis que nous ne tardons pas à découvrir avec l'évidence la plus formelle (boutons aux parties il y a treize ans, maux de gorge, séjour à l'hôpital municipal des vénériennes).

D'ailleurs pas de douleurs profondes gravatives, pas d'engourdissement, comme cela a lieu dans les cas de varices profondes. Au lieu de la mollesse spongieuse qu'on rencontre dans ces conditions, induration ligneuse particulière.

Le traitement spécifique amène au bout de quelques jours seulement la cicatrisation complète de l'ulcération ; le mollet commence à diminuer de volume, à devenir plus souple, et douze jours après le début de la médication, il a repris sa consistance normale et a perdu les 4 centimètres qu'il avait en plus que celui du côté gauche comme circonférence mesurée à la partie la plus épaisse du mollet, le jour de la première consultation.

VIII. De l'anus artificiel temporaire comme moyen de traitement indirect du syphilome ano-rectal,

par M. le Dr Le Dentu,

Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Syphilome ano-rectal remontant jusqu'à la limite inférieure de l'S iliaque. Création d'un anus artificiel temporaire pour en faciliter le traitement.

Je désire porter à votre connaissance un cas de syphilome ano-rectal dont je suis l'évolution depuis plus de deux ans, et qui s'écarte des faits du même ordre par certaines particularités relatives au siège des lésions et par le traitement, nouveau à certains égards, auquel il a été soumis. C'est au mois de mars 1887 que je vis pour la première fois la malade (Yvonne N...), âgée de trente-quatre ans. Elle présentait un commencement de rétrécissement que je n'hésitai pas à considérer comme syphilitique, d'abord parce que la malade avouait avoir eu au commencement de 1878 un chancre vulvaire, bientôt suivi d'une roséole bien caractérisée, de plaques muqueuses, de céphalée, ensuite et surtout à cause des caractères des altérations de la muqueuse ano-rectale au-dessus et au-dessous du rétrécissement.

Celui-ci consistait en une bride demi-circulaire en croissant, à bords amincis et fibreux, à base relativement étalée et d'un tissu moins ferme, occupant le segment postérieur de l'anus, à un centimètre seulement au-dessus de la limite de la peau. Le rétrécissement peu serré laissait passer l'index, et alors on pouvait constater que la muqueuse rectale était inégale, comme granuleuse, soulevée par places en crêtes allongées verticalement, creusée ailleurs en sillons intermédiaires aux saillies. Au-dessous de la bride, il y avait peu de lésions. Extérieurement, l'anus paraissait normal, et, sans le toucher rectal, on n'aurait pu soupçonner les désordres profonds. Il s'agissait donc d'un syphilome plutôt rectal qu'anal. Comme la malade n'avait jamais eu d'hémorroïdes, le diagnostic ne pouvait offrir aucune difficulté.

Au dire de la malade, les altérations devaient remonter à 1883 ; elles s'étaient annoncées par de la gêne au fondement, de la constipation, puis par un écoulement catarrho-purulent, enfin par des douleurs vives. Entre les accidents initiaux et l'apparition de ces symptômes, la malade n'avait pas présenté d'autres accidents secondaires ou tertiaires. Cependant des cicatrices blanches, ridées, tout à fait semblables à celles de l'ecthyma, sont visibles sur plusieurs régions du corps, spécialement

sur la jambe gauche ; il est vrai que la malade affirme qu'elles datent de son enfance.

Il est intéressant d'ajouter qu'elle était devenue enceinte en même temps qu'elle contractait la syphilis. Si son enfant, venu à terme, parut échapper à l'infection, ou du moins ne présenta pas de lésions apparentes pendant les premières semaines de son existence, il était chétif, eut une légère ophtalmie, un abcès à la région cervicale et succomba à l'âge de six mois.

Je reviens au mois de mars 1887. Il fallait combattre le rétrécissement ano-rectal commençant. Une rectotomie postérieure au thermo-cautère en eut facilement raison, et la guérison rapidement obtenue s'est maintenue jusqu'à ce jour ; or cette opération, faite le 17 mars 1887, date aujourd'hui de deux ans et cinq mois.

Je ne me rappelle pas très bien si, après l'incision du rétrécissement, je constatai des lésions très élevées dans le rectum, mais j'incline à croire que, s'il en eût été ainsi, j'aurais gardé un souvenir précis d'une particularité en somme exceptionnelle.

Toujours est-il que, lorsqu'au commencement de 1888, la malade vint de nouveau se présenter à mon examen, je fus frappé de l'étendue des désordres que révéla l'exploration rectale. Il n'y avait plus trace de rétrécissement ; l'anus avait extérieurement son aspect habituel, mais immédiatement au-dessus de l'orifice commençait une série de plis épais, de crêtes étalées, à direction verticale, dont la surface grenue donnait au doigt une sensation très particulière. Leur hauteur pouvait bien être en moyenne de 4 à 5 centimètres, leur nombre de huit à dix ; leur extrémité supérieure s'effilait graduellement pour se confondre avec la muqueuse de la portion supérieure du rectum qui, malgré un épaisissement manifeste, avait gardé une certaine souplesse. Elle aussi donnait au doigt la sensation d'une surface grenue, mais à un degré beaucoup moindre que les crêtes situées plus bas.

Dans certains points, et spécialement en regard de ces dernières, les pressions, les frottements éveillaient de la douleur, ce qui permettait de penser que par places la muqueuse était exulcérée, sans pour cela présenter de larges pertes de substance.

En portant le doigt le plus haut possible, je me convainquis que les lésions avaient envahi la partie la plus élevée du rectum, particularité rare dans l'évolution du syphilome ano-rectal; il me sembla même que, vers le point situé immédiatement au-dessous de l'angle sacro-vertébral, là où le rectum se coude pour se porter à gauche vers le détroit supérieur du bassin, il existait un commencement de rétrécissement circulaire ; mais comme il était de la dernière importance de m'assurer

de l'exactitude de mes sensations, je jugeai nécessaire de pratiquer une nouvelle exploration sous le chloroforme.

La malade étant anesthésiée, je pus faire pénétrer dans le rectum le pouce, l'index et le médius de ma main droite, mais une résistance assez grande de la paroi rectale me fit craindre des déchirures et m'empêcha absolument d'introduire la main entière. Je pus néanmoins m'assurer que la portion du rectum indiquée plus haut était réellement un peu rétrécie, et que plus haut encore la muqueuse présentait des lésions tout à fait semblables, quoique moins étendues, à celles que j'ai décrites dans la partie inférieure du rectum.

Ce fait est assez rare pour que je m'y arrête un instant. A lui seul, il légitime la communication dont mon observation fournit la substance; il représente une exception digne, je crois, d'être expressément notée.

Comme le simple passage de deux de mes doigts avait suffi pour dilater ce commencement de coarctation à peine accentué, je ne pus m'empêcher de faire à part moi quelques réserves sur la réalité de ce rétrécissement, et j'arrivai à douter si bien de son existence que je pensai à n'avoir à m'occuper que des lésions facilement accessibles au doigt. J'instituai alors le traitement suivant : frictions mercurielles quotidiennes, iodure de potassium à la dose de 4 grammes par jour, lavements à l'acide borique, à la teinture d'iode, au nitrate d'argent, comme dans la dysenterie chronique.

Après quelques semaines de ce traitement, comme la situation restait la même, je m'ingéniai à trouver un moyen de sortir de cette impasse. Le souvenir de plusieurs cas du même ordre que j'avais vus se terminer par la mort, le sombre pronostic porté par M. le professeur Fournier dans ses intéressantes leçons sur le syphilome ano-rectal, légitimaient à l'avance une tentative opératoire dont l'idée première émanait d'un mode de traitement mis souvent en pratique contre le cancer du rectum.

Empêcher le passage des matières fécales sur la muqueuse rectale profondément altérée, exulcérée, douloureuse, supprimer ainsi une cause incessante d'irritation, ne serait-ce pas faire un grand pas dans le traitement et assurer une plus grande efficacité aux injections médicamenteuses poussées dans le rectum? Créer un anus artificiel sur l'S iliaque, ne serait-ce pas un moyen simple d'obtenir la dérivation des matières fécales?

Je mis cette idée à exécution le 18 janvier 1888. L'S iliaque fut fixé dans le sens de sa longueur à une incision de la paroi abdominale pratiquée à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope et ouvert le lendemain seulement dans une étendue restreinte (environ un

centimètre et demi). L'introduction du petit doigt, puis de l'index chaque matin, pendant trois à quatre jours, régularisa le passage des matières, et au bout de huit jours elles s'écoulaient à peu près intégralement par l'orifice anormal.

A partir de ce moment, il fut possible de mettre à exécution d'une façon régulière mon plan thérapeutique. Des lavages à l'acide borique furent faits quotidiennement de haut en bas, de l'anus artificiel à l'anus normal. Peu à peu une amélioration notable se manifesta; les sécrétions, les douleurs diminuaient en même temps que les inégalités de la muqueuse s'affaissaient, se nivelaient. Au bout de six mois, sans être absolument celui que j'avais recherché, le résultat était assez bon. L'état général s'était relevé; la malade avait engraissé. J'aurais maintenu l'anus artificiel ouvert sans une circonstance qui me força la main. Il s'était produit peu à peu un renversement du bout supérieur, par suite de l'ulcération des bords cutanés de l'anus artificiel, et la malade ne pouvait parvenir à maintenir réduits les 15 ou 20 centimètres de gros intestin qui s'échappaient au dehors. La situation était devenue intolérable et suivant toute probabilité elle ne pouvait que s'aggraver, car j'étais disposé à attribuer l'agrandissement graduel de l'ouverture par laquelle l'intestin s'échappait à une digestion des bords de cette ouverture par le suc intestinal, tout à fait comparable à celle dont le suc gastrique est l'agent dans le cas de fistule gastrique.

Au commencement de juillet 1888, je procédai à l'opération suivante :

Détachement des adhérences de l'S iliaque tout le long des bords de l'ouverture, suture de l'intestin au moyen d'une douzaine de fils de soie placés séparément à 4 millimètres de distance (suture de Lembert), réduction de l'intestin, suture de la plaie de la paroi abdominale après régularisation des bords.

J'avais été frappé de l'épaisseur acquise par le gros intestin, épaisseur de 3 millimètres environ. Les divers plans confondus formaient une membrane rigide dont la consistance rappelait un peu celle du cuir mouillé. Ces lésions s'étaient produites récemment, car au moment de l'opération du mois de janvier, la paroi intestinale offrait des caractères normaux.

Les suites de l'opération furent favorables; mais pendant plusieurs jours la malade rendit du pus avec ses matières; peu à peu la sécrétion se tarit et la malade manifestement améliorée put quitter le service.

Quelque temps après, elle revint me trouver, se plaignant de douleurs à peu près aussi intenses que celles pour lesquelles elle était venue vers la fin de 1887, me demander mes soins, puis je la perdis de vue. J'appris plus tard qu'elle était allée à Lourcine et que là, on lui avait

extirpé une de ses trompes qui était fixée transversalement en avant du rectum.

Son état n'en fut nullement modifié. Elle se décida à entrer de nouveau dans mon service il y a environ un mois. Un examen sous le chloroforme me permit de constater des changements notables dans l'état de son rectum. Une bonne partie des saillies verticales décrites plus haut s'étaient atrophiées, et à leur place on sentait des tractus fibreux déjà formés ou en voie de formation. L'ancien rétrécissement pour lequel j'avais pratiqué la rectotomie postérieure avait de la tendance à se reconstituer. Enfin très haut, immédiatement au-dessous de l'angle sacro-vertébral, je retrouvais cette coarctation déjà soupçonnée une première fois, sans que j'eusse acquis la certitude de son existence. Les saillies de la muqueuse placées jadis dans son voisinage s'étaient beaucoup affaissées. Les bords du rétrécissement, jadis épais et flasques, étaient devenus presque fibreux et tranchants. Sa lumière admettait à peine l'extrémité de mon index.

Séance tenante, je me mis à en faire la dilatation au moyen des mandrins de caoutchouc durci de Hégar, et j'arrivai sans peine à introduire le n° 20 de la série dont le diamètre est de 2 centimètres.

A partir de ce jour, j'ai fait pratiquer par l'interne du service des femmes des injections boriquées dans la partie la plus élevée du rectum au moyen d'une longue canule vaginale introduite au-dessus du rétrécissement, mais ce traitement ne modifia pas beaucoup l'état actuel. La malade éprouve toujours de vives douleurs au bas-ventre qui remontent jusque dans l'hypocondre gauche en suivant le trajet du gros intestin, elle a une tendance marquée à la constipation. Quoique meilleur qu'il y a dix-huit mois, son état général laisse beaucoup à désirer, sans qu'on puisse dire qu'elle est menacée d'une cachexie prochaine.

Bref, elle n'a tiré qu'un médiocre résultat des traitements médicamenteux ou opératoires qu'elle a subis jusqu'à ce jour, et en dépit de tous nos efforts, sa syphilis est loin d'être éteinte, car elle a aux deux tibias des hyperostoses douloureuses apparues depuis peu.

L'avenir est donc sombre pour elle, et il est fort à craindre que l'introduction réitérée de mandrins dans le rétrécissement supérieur, les irrigations à l'eau boriquée, le retour aux frictions mercurielles et aux grosses doses d'iodure de potassium, ne suffisent pas pour arrêter l'évolution funeste des lésions intestinales.

J'ai tenu néanmoins à vous faire connaître ce fait, pour plusieurs raisons. D'abord, j'ai pu suivre de près l'évolution spéciale du tissu qui constitue le syphilome ano-rectal, depuis l'infiltration en masse de la paroi intestinale jusqu'à cette transformation en tissu fibreux qu'a si

bien indiquée M. le professeur Fournier, en passant par la production de ces saillies allongées dans le sens vertical qu'on rencontre ordinairement immédiatement au-dessus de l'anus.

En second lieu, une partie des lésions occupe un siège tout à fait anormal. Le rétrécissement supérieur est certainement au moins à 15 centimètres de l'anus, et à son niveau la paroi est épaissie, tomenteuse, sillonnée de soulèvements irréguliers que je saisis actuellement en voie de transformation fibreuse.

Reste à savoir si les lésions ne remontent pas encore plus haut, et s'il faut considérer comme certainement syphilitiques celles qui ont envahi graduellement l'S iliaque et le colon descendant qu'on sent induré jusque vers l'hypocondre gauche. Je n'oserais pas être absolument affirmatif, ne voulant pas oublier que des lésions de colite simple peuvent s'être développées au-dessus du rétrécissement supérieur qui est franchement syphilitique.

Enfin j'ai cherché par l'établissement d'un anus artificiel temporaire, à obtenir une dérivation complète des matières fécales et à supprimer ainsi, pour un temps, la principale cause de l'irritation et de la douleur. Pour que l'épreuve fût suffisamment démonstrative, il aurait fallu qu'elle pût être prolongée bien au delà de six mois. Alors seulement j'aurais pu en préciser la valeur.

Si l'idée n'est pas absolument nouvelle, puisqu'elle a été préconisée par certains chirurgiens anglais, et mise en pratique par Hahn le premier pour le traitement des rétrécissements syphilitiques du rectum, elle l'a été très rarement dans le cas de syphilome ano-rectal non compliqué de rétrécissement.

Or, c'est dans ces conditions que j'y ai eu recours, puisqu'à ce moment le rétrécissement supérieur était à peine caractérisé et que le rétrécissement inférieur avait été supprimé par une rectotomie. Je dirai donc en manière de conclusion : il ne faut pas attendre que le syphilome ait subi la transformation fibreuse et qu'un rétrécissement se soit constitué, pour songer à faire la dérivation des matières fécales. Il suffit que le syphilome soit bien reconnu ; je préconise donc l'anus artificiel précoce et je suis prêt à renouveler l'épreuve à la première occasion.

IX. Remarques sur quelques points de vénéréologie et de syphiligraphie,

par M. le Dr Valdes Morel, délégué du gouvernement du Chili.

I. — La première blennorrhagie que contracte un individu produit chez lui une série de manifestations générales, qui ne peuvent être attribuées à des influences simplement nerveuses. Il semble, qu'en cette première atteinte, il s'effectue une véritable absorption et saturation de virus vénérien, qui n'empêche pas de contracter encore cette maladie, mais, dans la plupart des cas, la seconde atteinte ne produit déjà plus les phénomènes généraux du premier accident.

Par l'effet d'une constitution spéciale, qui n'est pas bien connue, non seulement la saturation du virus vénérien se produit chez certains individus, mais le pus blennorrhagique (métastase blennorrhagique), déviant complètement, produit, selon les points qu'il attaque, la cystite, l'orchite, l'arthrite, la pleurésie, la pneumonie, la méningite, etc., de caractère blennorrhagique. Dans beaucoup de ces cas, j'ai pu constater la présence du *micrococcus* de Neisser.

Parmi les nombreuses observations que j'ai faites sur ces phénomènes, je me permets de citer ce qui suit :

N. N..., jeune homme de vingt-deux ans, de constitution lymphatique, gagne une blennorrhagie aiguë. Dans la première période, il prend des préparations balsamiques et se fait des injections dans l'urètre, injections fortement astringentes. Le pus disparaît du canal le second jour, mais une cystite très aiguë s'étant déclarée, il me consulte. En peu de jours, je parviens à en triompher en employant les préparations de jusquiame. Il survient alors une épididymite du testicule gauche, que j'ai traitée par la saignée, les émollients et les révulsifs.

Le jour où il devait quitter le lit, se croyant complètement guéri, il m'annonça qu'il éprouvait une forte douleur dans le côté gauche, avec les symptômes d'une fièvre aiguë. Il s'était déclaré une pleurésie du côté gauche, qui, se transmettant en peu de jours au tissu pulmonaire, et attaquant la plèvre et le poumon droit, eut pour résultat une pleurésie avec épanchement et une pneumonie double.

Ces affections ont été combattues énergiquement par de grandes saignées et par des révulsifs, afin d'éviter la suppuration, à laquelle a grande tendance cette sorte de pleurésie, mais sans jamais oublier de joindre aux potions antifébriles et expectorantes, les remèdes balsamiques d'action connue comme spécifique : le copahu, le cubèbe, etc.

Quand tout paraissait terminé, il s'est déclaré un rhumatisme musculaire général, que j'ai traité par les bains de vapeur à la térébenthine, suivis de massage et de douches froides sulfureuses.

C'est seulement alors, et quand le *micrococcus* de Neisser fait, pour ainsi dire, sa promenade triomphale par presque tout l'organisme, que j'ai pu guérir, en y apportant tous mes soins, la blennorrhagie, qui était déjà réduite à une simple goutte militaire.

Au commencement de chacune de ces affections, le pus disparaissait du canal de l'urètre, puis revenait quand l'affection commençait à décliner.

D'après mes observations, le virus de l'ulcère vénérien peut de la même manière, c'est-à-dire par absorption générale, produire, chez des individus d'une constitution spéciale, une maladie papuleuse de la peau et, dans les muqueuses, des inflammations catarrhales chroniques excessivement rebelles.

Mon opinion est que l'affection vénérienne, chancre ou blennorrhagie, est une manifestation infectieuse non spécifique, dont le microbe *pathogène* pourra ou non produire l'infection générale, suivant l'intensité du virus absorbé et, principalement, suivant que l'individu qui l'a contracté, y sera plus ou moins réfractaire.

La manifestation vénérienne primitive aura un aspect d'autant plus bénin que l'intensité de l'infection sera plus grande. Elle peut être nulle dans le cas du plus haut degré d'infection. Et, inversement, lorsque la manifestation vénérienne primitive sera de grande intensité, l'infection sera cruelle.

Je crois ces principes également applicables à l'affection *infectieuse* et *spécique* appelée syphilis.

La spécificité serait donc la seule différence entre ce qui est vénérien et ce qui est syphilitique.

II. — Dans le traitement de la blennorrhagie aiguë, je crois que le principal est de bien choisir le médicament suivant la période où se trouve la maladie ; dans la période de croissance, les émollients ; dans celle de décroissance, les stimulants, et, quand la maturité s'est produite, les balsamiques et les injections astringentes.

Je crois que chacun de ces médicaments, ainsi classés, a une influence élective et spécifique dans sa période et que, hors de cette période, non seulement il n'agit pas, mais encore que son action est préjudiciable.

SYPHILIS

I. — L'infection générale de l'organisme par le virus du chancre syphilitique n'est pas, je crois, instantanée. J'ai observé beaucoup de cas dans lesquels un même individu a eu, en même temps, deux et trois ulcères de caractère syphilitique. L'infection syphilitique, a, à ce qu'il me semble, une période d'incubation durant laquelle il peut se développer, dans le même individu, d'autres ulcères du même caractère, soit du fait de la même contagion, soit par une contagion nouvelle.

Si, durant cette période d'incubation syphilitique, il nous était possible de cautériser ou d'éliminer le point d'implantation de l'ulcère, je crois que l'infection syphilitique ne se produirait pas.

Dans beaucoup de cas où cette infection s'était déjà produite, j'ai observé que ces mêmes individus qui s'exposaient à des contagions successives, par l'un ou l'autre des nombreux moyens qui peuvent absorber le virus syphilitique, voyaient augmenter l'intensité des symptômes actuellement existants, puis se développer simultanément une autre manifestation de période antérieure, ou sauter rapidement à la période tertiaire.

Dans tous ces cas de réinfection syphilitique, je n'ai jamais vu se produire le chancre primitif.

Cela prouverait, suivant mon avis, que *la saturation syphilitique n'existe pas.*

J'ai remarqué que quelques individus sont d'une constitution spécialement réfractaire à l'absorption syphilitique, et que d'autres qui ont contracté la maladie, n'en ont eu que des manifestations insignifiantes, et se sont guéris radicalement sans aucun médicament.

Si nous pouvions faire une étude approfondie de ces constitutions et en produire artificiellement d'autres semblables, ce serait l'un des plus grands triomphes que l'on puisse remporter dans cette spécialité, car le problème si difficile et si débattu de la *prophylaxie de la syphilis* serait alors résolu.

J'ai observé chez les individus qui ont quelque diathèse, latente ou non, et qui gagnent la syphilis, que les manifestations et les périodes de cette maladie ne sont ni claires ni définies, et que leur aspect est bénin; mais, en compensation, elles sont toujours très rebelles au traitement, qui est fort long, et leur diagnostic est très difficile. Chez ceux qui n'ont pas de diathèse héréditaire ou acquise, les manifestations et les périodes de la maladie sont très claires et d'autant plus graves que que l'intensité du virus absorbé a été plus grande.

Selon moi, il est un point qu'il ne faut jamais oublier pour le diagnostic et le traitement de la syphilis, c'est de s'assurer s'il y a ou non quelque diathèse.

Quant au pronostic de cette maladie, il faut être *très prudent :* j'ai observé que des syphilis, très bénignes dans la seconde période, ont avancé rapidement dans la période tertiaire.

II. — Trois observations faites par moi sur des individus que j'ai traités durant la seconde période de l'infection syphilitique, jusqu'à faire disparaître tout vestige du mal, m'ont permis de constater qu'ils ont contracté pour la deuxième fois le chancre syphilitique et ont subi de nouveau toute l'évolution de la maladie.

Ces faits prouvent, selon moi, que LA SYPHILIS EST GUÉRISSABLE. J'ai vu disparaître beaucoup de syphilis bénignes sans qu'il soit besoin d'employer les médicaments d'action spécifique; seulement les toniques suffisaient; mais, dans les cas où la maladie a été de moyenne intensité ou maligne, et dans ceux où les malades n'ont pas voulu s'astreindre à prendre les spécifiques, j'ai observé que, quoique tout symptôme eût disparu pendant un espace de temps plus ou moins long, au moment où l'on s'y attendait le moins, ils reparaissaient, et leurs manifestations étaient d'autant plus graves et d'une période d'autant plus avancée que le mal était resté plus longtemps à l'état latent.

Je fais mention de ces observations, parce que dans l'Amérique espagnole on a une grande horreur pour les préparations mercurielles, et que l'on cherche toujours à les remplacer par les toniques analeptiques.

III. — La République du Chili est un pays privilégié sous le rapport de la grande quantité et de la variété des eaux thermales qui jaillissent de la majestueuse « Cordillière des Andes ».

Les plus importantes par leur composition et leur haute température sont les eaux sulfureuses, et, parmi ces dernières, celles de « Chillan », considérées comme les premières de l'Amérique du Sud.

A ces eaux thermales, accourent, durant la saison d'été, un grand nombre de syphilitiques : beaucoup d'entre eux, sans avoir suivi auparavant un traitement mercuriel, y vont chercher une action spécifique. Comme médecin-directeur de cet établissement, j'ai vu se dérouler de terribles accidents chez tous ces individus, et cela sans aucune exception. Parmi mes nombreuses observations de ce genre, je ferai le récit de la suivante :

N. N..., qui huit ans auparavant avait eu le chancre syphilitique suivi de manifestations secondaires très bénignes, n'a jamais voulu prendre de préparations mercurielles, et la maladie a disparu sans aucun médicament. — Il arrive aux « bains thermaux de Chillan » et, sans avoir recours à aucune prescription médicale, il prend pendant trois jours de suite des bains sulfureux de 40 degrés. — Le quatrième jour, il se présenta à ma salle de consultations sans pouvoir articuler un mot et me fit par écrit la relation de sa maladie. Comme je voyais que la paralysie de la langue provenait d'une manifestation syphilitique, développée dans le cerveau par suite de l'action stimulante des eaux sulfureuses sur le germe syphilitique, latent et libre de toute action neutralisante mercurielle, je lui ordonnai de suspendre les bains sulfureux et de prendre 5 grammes d'iodure de potassium par jour. Après six jours de ce traitement, j'eus la satisfaction de voir qu'il recouvrait la faculté de parler.

Chez d'autres individus, j'ai vu se développer des hémiplégies, des paraplégies, la perte complète de la mémoire, etc., etc.

La croyance à la fausse vertu attribuée aux eaux thermales sulfureuses est donc fort pernicieuse. Je crois que leur seule vertu est d'être stimulantes et de provoquer l'élimination par la transpiration, etc.

J'ai remarqué que le traitement de la syphilis dans cette classe d'établissements thermaux est très favorable, en alternant les grandes frictions d'onguent mercuriel avec les bains de 38 à 40 degrés.

De cette manière, on évite presque complètement le désagréable accident appelé la *stomatite mercurielle*, contre lequel on a conseillé tant de sortes de médicaments.

Ce système de traitement m'a donné surtout de magnifiques résultats dans les syphilis anciennes et chez les individus dans lesquels la cachexie était arrivée au dernier degré.

Une des choses qui paraît agir comme un aide puissant chez la plupart de ces individus, c'est la hauteur de la localité, l'air pur des montagnes ; dans ces lieux, l'élimination mercurielle au moyen de la transpiration par le bain thermal n'est pas aussi affaiblissante.

IV. — Dans différents cas de syphilis de la moelle épinière, dans lesquels les symptômes secondaires de la peau avaient été presque insignifiants, et où la maladie était comme retranchée sur ce point, avec paraplégie complète, j'ai employé, toujours avec succès, la friction d'onguent mercuriel préparé avec de la lanoline, faite dans la région de la colonne vertébrale, où j'avais diagnostiqué la maladie, quand jusqu'alors les frictions alternées, ainsi que d'autres méthodes de mercularisation, n'avaient donné aucun résultat chez ces mêmes individus. Dans ces cas, l'emploi de l'iodure de potassium produit toujours l'aggravation du mal.

Les injections musculaires de préparations mercurielles (calomel, bichlorure de mercure, oxide rouge de mercure, onguent mercuriel simple, etc.) sont, je le crois, un bon mode de traitement, surtout dans les syphilis anciennes et dans celles qui sont destinées à être malheureusement tertiaires. C'est avec le calomel (Scarenzio) que j'ai obtenu les meilleurs résultats.

Parmi mes expériences sur les injections mercurielles, je relaterai le cas suivant :

N. N..., âgé de quarante-quatre ans, contracta un chancre syphilitique et, au bout de quarante-trois jours, les premières manifestations secondaires de l'infection se développèrent. — Durant cinq années consécutives, il a employé divers moyens de saturation mercurielle, mais sans aucun résultat. — Les syphilides ulcéreuses produisaient leurs ravages dans les tissus du nez et la cachexie syphilitiques était à son dernier degré. — C'est en cet état qu'il sollicita ma première consultation. — Comme méthode de traitement, j'adoptai les injections. — Je commençai par celles d'oxyde jaune, je continuai avec celles d'onguent mercuriel et avec celles de bichlorure de mercure. Comme je fus convaincu, après deux mois, que quoique les manifestations syphilitiques s'arrêtassent durant les jours de saturation, elles reparaissaient avec le même caractère quand se faisait l'élimination mercurielle, j'employai le le calomel (Scarenzio) et j'ai le plaisir de constater que le résultat a toujours été des plus satisfaisants toutes les fois que j'ai employé ce remède.

Quelle que soit l'injection mercurielle que l'on emploie, je crois que si elle est bien préparée et parfaitement aseptique, il ne se produira ni les inflammations, ni les grands phlegmons dont on a, avec raison, si grand'peur. Voici comme il convient de procéder : employer comme véhicule la solution de gomme arabique et non les huiles épaisses ou légères, parce qu'elles pourraient facilement produire des embolies et des engorgements; bien choisir le point où l'on doit faire l'injection, à 8 centimètres derrière le grand trochanter; désinfecter parfaitement cet endroit, d'abord avec un lavage au savon, afin d'enlever les substances grasses, ensuite avec une solution de sublimé à 1/1000 ; faire l'injection très doucement, goutte à goutte, afin d'empêcher la désunion des fibres musculaires; puis enfin enduire le point d'entrée de la canule de la petite seringue avec du collodion iodoformé. Ces injections ne sont pas douloureuses.

Il semble que l'absorption lente et graduelle de petites quantités de mercure, qui doivent sûrement subir une transformation, ne suffit pas pour neutraliser ou anéantir, en un moment donné, l'immense quantité d'éléments d'infection qui envahit jusqu'à la dernière cellule

de l'organisme. La saturation instantanée et non successive semble nécessaire, et cela ne s'obtient que par les injections musculaires.

V. — On dit que quelques individus sont réfractaires aux préparations mercurielles, c'est-à-dire, qu'étant dans la période de la maladie pendant laquelle ils en ont besoin, non seulement on n'obtient pas le résultat désiré, mais que ces préparations occasionnent des désordres gastro-intestinaux et des phénomènes généraux graves. Mes constantes observations sur ces faits me portent à croire que si les mercuriaux n'agissent pas, c'est parce qu'ils n'ont pas été administrés en temps opportun, et je crois qu'il est un fait que l'on peut déjà affirmer c'est que: *le mercure n'a pas d'action spécifique, quand la syphilis est latente*. C'est seulement quand le germe spécifique est en pleine effervescence, et lorsqu'il produit dans l'organisme ces phénomènes intimes de multiplication, etc., que ce spécifique agit.

Comme déduction d'application thérapeutique que j'ai déjà employée avec un grand succès, je conclus que tout individu ayant la syphilis latente, doit, avant qu'on lui administre les préparations d'action spécifique, se soumettre pendant quelque temps à l'action des grands stimulants et aux toniques (les alcools, les douches, etc.), et, lorsqu'on aura pour ainsi dire, réveillé la syphilis de son état latent, on devra suspendre les stimulants et administrer énergiquement les mercuriels.

Dans quelques-uns des derniers traités sur les maladies vénériennes et syphilitiques, j'ai vu affirmer le fait que, si un individu dans la pleine période de l'infection syphilitique vient à avoir des enfants, ceux-ci sont parfaitement exempts de cette maladie si le père se soumet, avant l'acte de la fécondation, aux préparations mercurielles, de manière que les éléments fécondants syphilitiques soient neutralisés par le spécifique. Désirant vérifier la réalité de ces affirmations, j'ai étudié divers mariages de syphilitiques, et c'est avec la plus grande satisfaction que j'ai pu constater l'exactitude du fait.

X. Traitement préventif et abortif de la syphilis,

par M. le professeur Casimir Manassei (de Rome).

La cure classique (ou indirecte) de la syphilis a pour but, dans un ordre déterminé, et avec des remèdes introduits dans l'organisme, soit

par l'extérieur, soit par les premières voies (estomac, intestin), d'affaiblir les symptômes produits par le virus syphilitique dans des organes particulièrement prédisposés (organes du système lymphatique). C'est la *cure indirecte ;* elle combat les effets du virus, mais ne le détruit pas.

Le mercure et l'iodure de potassium sont les principaux remèdes de la syphilis, l'un pour les symptômes qui apparaissent après la sclérose, et qui offrent un caractère irritatif superficiel, l'autre pour les symptômes ultérieurs de nature plus particulièrement néoplasique. En opposition à cette cure indirecte, des faits précis m'ont prouvé que le courant galvanique continu exerçait une action directe, destructive sur le virus, en l'empêchant de se multiplier, en le tuant sur place, dès qu'il a donné la preuve de son existence.

Appliqué durant la période initiale, ce courant détruit l'induration et le foyer du virus, et prévient l'infection générale; c'est donc une *cure préventive.*

1° Si l'infection est déjà produite, la maladie syphilitique générale éclate avec ses phénomènes caractéristiques; dans ce cas, le courant galvanique exerce son action destructive en faisant disparaître petit à petit, mais pendant une période relativement courte, les symptômes de la maladie syphilitique.

On peut dire que le courant arrête la marche de la maladie, rend impuissant le virus, en un mot fait avorter la syphilis.

2° *Cure abortive.* Pour obtenir ce résultat, il convient d'employer le courant galvanique avec celle de ses deux modalités qui répond le mieux aux effets que l'on veut réaliser.

Pour détruire, nécrobioser la sclérose, j'emploie un courant qui ait une forte action chimique, pile avec forte tension.

Au contraire, quand je veux agir sur tout l'organisme, je mets en action le courant catalytique, courant modéré, sans tension. Les réophores sont assez grands, et, sans exclure les autres formes, je préfère les bracelets et les plaques de cuivre que j'adapte successivement supérieures et inférieures, en les entrecroisant alternativement. Ces plaques sont larges, minces et flexibles.

Finalement, pour que tout l'intérieur du corps soit traversé par le courant, j'applique la plaque du pôle positif à la nuque, pendant que le réophore négatif, fait d'un cylindre de charbon revêtu de peau ou de toile bien imbibée d'une solution de sel marin, répète le passage sur le tégument des différentes parties du corps préalablement humidifiées avec la même solution.

Or voici, fidèlement retracé, ce que j'ai observé.

Chez les malades ainsi traités pendant la sclérose, à peine le premier

dépouillement épidermique produit à sa surface, avant toute induration ganglionnaire — ou bien pendant la période de pleine ulcération, de complète adénite locale, mais sans engorgement dans les régions extra-chancreuses — soit enfin à un moment très voisin des manifestations générales, ou même en dépit de l'apparition de quelques syptômes généraux prodromiques, malaises, rhumatalgie, douleurs de tête, etc... Chez tous ces malades, j'ai observé, à la date prévue des manifestations cutanées, l'apparition de quelques petites taches rose pâle, dispersées sur le tronc, puis sur les membres. Très peu nombreuses chez les galvanisés de la première heure, ces petites taches disparaissaient au bout de sept à huit jours au plus. — Chez ceux qui avaient été traités à une période plus avancée, taches un peu plus nombreuses, mais toujours rouge pâle, d'une durée maximum de quinze jours. Du côté des ganglions, on observait des phénomènes non moins heureux, c'étaient la disparition de la gangue unissante, lorsqu'ils étaient agglomérés et la résolution vite complète, quand la seule syphilis entrait en cause. Si la scrofule était en cause, un courant localisé d'action cataphorétique en avait vite raison.

Dans ces cas, j'appliquai au pôle positif une compresse de toile ou une fine éponge imbibée d'une solution très faible de bichlorure d'hydrargyre. Telle fut aussi ma pratique, ou mieux ma technique dans les cas où je dus traiter la syphilis développée avec tous ses symptômes et toutes ses concomitances.

Je rapporte fidèlement et sincèrement ce que j'ai vu, sans idée préconçue, et non sans m'être tenu moi-même en défiance de mes propres impressions. Des notes étaient prises scrupuleusement, chaque examen fut contrôlé par les collègues témoins de mes expériences et appréciateurs des résultats obtenus.

Mes malades furent revus ultérieurement à de fréquentes reprises, et la première éruption passée, je peux affirmer que rien ne reparut qui ressemblât, ou put se rapporter à une manifestation syphilitique quelconque. Il en est quelques-uns que je suis ainsi depuis deux ans.

Quelques malades furent traités à des époques variées, après l'apparition des accidents secondaires, soit que la sclérose durât toujours, soit qu'elle eut disparu depuis longtemps, dans certains cas même la maladie datait de deux ans, quelques-uns présentaient des formes rebelles, graves, qui avaient résisté aux préparations mercurielles, souvent données en excès. A tous ces sujets, j'appliquai seulement le traitement général, et ils furent promptement améliorés. Je remarquai même que si la sclérose persistait, elle disparaissait promptement sans qu'aucune action ait été dirigée spécialement contre elle.

N. B. J'ai revu récemment, en novembre et décembre 1889, les premiers malades traités par ce procédé. Ils étaient tous en excellent état, et libres de syphilis. L'un d'eux venait de faire en août une saison de bains de mer, véritable contre-épreuve de sa guérison qui ne s'était point démentie, et qui résista même à un nombre respectable de bains sulfureux pris au mois de novembre.

SIXIÈME JOURNÉE : SAMEDI 10 AOUT 1889.

— Séances du matin. —

SECTION DE VÉNÉRÉOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE (*Salle du Musée*).

I. — *Contribution à l'étude de la syphilide pigmentaire*, par M. DE MAIEFF. — Discussion : MM. EUTHYBOULE, HARDY.
II. — *De la récidive* in situ *de certaines formes de lésions syphilitiques*, par M. PORTALIER. — Discussion : MM. A. FOURNIER, EHLERS, DIDAY, HARDY, ZAMBACO-PACHA, LELOIR, HALLOPEAU, DE WATRASZEWSKI.
III. — *Anatomie des syphilides tertiaires*, par M. TOMMASOLI.
IV. — *Du pseudo-rachitisme syphilitique*, par MM. ISCOVESCO et MENEAULT.
V. — *La syphilis chez les nouveau-nés et les enfants à Constantinople*, par M. VIOLI.
VI. — *Quelle part d'influence revient à la syphilis dans la production du tabes*, par M. LELOIR. — Discussion : M. A. FOURNIER.
VII. — *Syphilis et paralysie générale*, par M. MOREL-LAVALLÉE.
VIII. — *Contagiosité des accidents tertiaires*, par M. LANDOUZY. — Discussion : MM. ZAMBACO-PACHA, LELOIR, ARNOZAN.
IX. — *D'une cause déterminante peu connue de stomatite mercurielle et de son traitement*, par M. LE PILEUR.
X. — *Chancre syphilitique sans adénopathie*, par M. DJELAL MOUHKTAR.
XI. — *Sur les formes gaves de la syphilis*, par M. BAUDOUIN.
XII. — *La syphilis cérébrale précoce à forme hémianesthésique et les lésions syphilitiques des artères cérébrales*, par M. SCHMITT.

SECTION DE DERMATOLOGIE (*Salle de conférences*).

I. — *Note sur les pertes subies par l'organisme dans les affections cutanées exfoliantes*, par M. QUINQUAUD. — Discussion : M. VIDAL.
II. — *Ce que devient la nutrition dans les dermatites expérimentales*, par M. QUINQUAUD.
III. — *Sur quelques points de la dermatologie de l'oreille*, par M. HERMET.
IV. — *Anatomie du lichen planus*, par M. TÖRÖK.
V. — *Sur l'histologie de l'eczéma séborrhoïque*, par M. UNNA.
VI. — *Sarcome cutané pigmentaire multiple idiopathique* (type Kaposi), par M. KALINDERO.

VII. — *Lupus érythémateux typique survenu à la suite d'un violent choc moral*, par M. Perrin.
VIII. — *Le lupus du larynx*, par M. Marty.
IX. — *Sur le traitement comparé du lupus*, par M. Olavide.
X. — *De la rareté du phénomène objectif connu sous le nom d'ombilication des pustules varioliques*, par M. Renault.
XI. — *Urticaire aiguë fébrile avec crises laryngées et gastriques*, par M. Cayla.
XII. — *Lupus de la main et de l'avant-bras*, par M. O. de Bulhoes.

— Séance du soir. —

1. *Propositions concernant un Congrès international périodique de dermatologie et de syphiligraphie.*

Par MM. Unna et Schwimmer. — Discussion : MM. Malcolm Morris, Unna, Kaposi, Schwimmer.

2. *Communications relatives à la prophylaxie de la syphilis et à la surveillance de la prostitution.*

Par MM. Barthélemy, Butte, Pospelow, Drysdale, Neumann. — Discussion : MM. A. Fournier, de Amicis, Bertarelli, Peroni, E. Castelo, Humbert, Hardy, Cruyl, Violi, Mansouroff, Le Pileur, Diday.

3. *Présentation de moulages, de dessins et de pièces histologiques. — Projet d'un musée international de dermatologie*, par M. Olavide.

Banquet de clôture.

Toasts par MM. Ricord, Peyron, Hardy, Kaposi, Malcolm Morris, Mansouroff, de Amicis, Unna, de Watraszewski, Olavide, Zambaco-Pacha, Kalindero, Lutz, Feulard.

SAMEDI 10 AOUT. — Séance du matin.

I

Section de vénéréologie et de syphiligraphie (Salle du musée).

Présidents : MM. **Zambaco-Pacha** et **Diday**.

I. Contribution à l'étude de la syphilide pigmentaire,

par M. le Dr J. Maieff,

Assistant de la clinique syphilidologique de Saint-Pétersbourg.

On connaît le nombre toujours croissant des observations de syphilide pigmentaire; actuellement plus de cent cas sont déjà publiés. Toutefois l'origine et la nature de cette affection sont tellement obscures, que son existence est quelquefois mise en doute.

Nombre d'auteurs l'envisagent d'une manière différente. La pluralité des auteurs admet qu'en plus des taches de la peau, laissées par les syphilides à l'endroit de leur apparition, on trouve encore dans la période secondaire de la syphilis, une pigmentation primaire indépendante ayant l'aspect de taches colorées en gris jaunâtre ou en brun. Dans leur configuration, ces taches présentent un dessin original, qu'on ne rencontre que chez les syphilitiques, tandis que les endroits de la peau saine entre les taches subissent une altération de couleur pareille à la blancheur du « vitiligo ».

Cependant certains auteurs envisagent cette blancheur de la peau uniquement comme une résultante du contraste avec les parties voisines de la peau normale. Ils admettent que la cause de cette différence de couleur est dans l'abondance de pigment dans les taches; les

autres au contraire ne voient, dans ce processus, que l'effet de la disparition du pigment (1).

Ainsi nombre d'auteurs (2) croient que les taches blanches de la peau forment à elles seules le fond et la substance de l'affection primaire, la pigmentation foncée périphérique pour eux n'est qu'un épiphénomène de peu de valeur. A ce point de vue, ils voudraient voir au lieu de l'expression *syphilide pigmentaire* des auteurs, une dénomination plus en rapport avec la vérité, à savoir « leucoderma syphiliticum ».

D'autres auteurs croient, au contraire, que les taches blanches et foncées ne sont que des symptômes communs et synchroniques d'une affection cutanée répartie d'une manière inégale : les taches blanches sont plus foncées que la peau normale, car toutefois elles sont plus pigmentées que la peau normale. Ces deux différentes opinions ne

(1) Voyez Pillon. *Gaz. hebdomad.*, 1855, nº 47, p. 834.
Tanturri. *Gaz. des hôpit.*, 1866, p. 26.
Lancereaux. *Traité hist. et prat. de la syphilis*, 1873, 2e éd., p. 124.
A. Fournier. *Leç. sur la syphilis partic. chez la femme*, 1873, p. 422.
Pirrochi. *Giorn. ital. d. mal. ven.*, 1875, *Viert. f. Derm. u. Syph.*, 1877, p. 403.
Dymnicki. *Viert. f. Derm. u. Syph.*, 1877, p. 403.
Atkinson. *Arch. of dermatol.*, 1878, p. 322.
Campbell. *Arch. of dermatol.*, 1878, p. 239.
Bulkley. *Arch. of dermatol.*, 1879, p. 49.
Schwimmer. *Wien. Med. Blætter*, 1880, nos 17, 18, 20.
Coyne, *Gaz. hebdom. de Bordeaux*, 1880, I, p. 243.
H. u. M. Zeissl. *Lehrbuch d. Syphilis*, 1882, IV, Aufl., p. 485.
Manassei. *Annali univers. di medecina*, vol. 263, p. 116. Schmit's jahrb. 1883, 9 p. 264.
Duhring. *Traité prat. d. mal. de la peau*, trad. Paris, 1883.
Krowczynski. *Syphilidologia*. Krakow, 1883, p. 158.
Lang. *Vorlesung. über Path. u. Ther. d. Syphilis*; Wiesbaden, 1884-1886.
Spillmann. Séance du 23 janv. 1884 de la Société de médecine de Nancy.
Mairreau. Thèse, Paris, 1884.
Andronico. *Giorn. internat. d. sc. med.* Napoli, 1885, n. s. VII, 403-406.
Romalo. Thèse. Paris, 1885.
Carrington. *Brit. M. J.*, London, 1885, II, 699.
Tortolla. *Il Morgagni*, 1886, p. 248.
Profeta. Sperino, Scarenzio, cit. par Torella s. c.
Barthélemy et Balzer. *Nouveau Dictionn. de médecine et chir. prat.*, t. XXXIV, p. 503.
(2) Voyez Hardy. *Leç. sur les malad. de la peau*, Paris, 1860, p. 170.
Bazin. *Leç. théor. et clin. sur la syphilis et les syphilides*, 1866, p. 268.
Drysdale. *Lancet*, 1877, II, p. 730.
Berkeley Hill. *Lancet*, 1877, II, 826.
Astley Bloxam. *Lancet*, 1877, vol. II.
Fox. *The americ. journ. of the med. sc.* Apr., 1878, p. 336.
Taylor. *Ibid.*
Neisser. *Viert. f. Derm. u. Syph.*, 1883, p. 491.
Michelson. *Inaug. Dissert.*, Breslau, 1883.
Riehl. *Medizinische Iahrbücher*, 1884, p. 245.
Chadek. *Revue méd.*, Moscou, 1885, p. 874.
Forchner, *Ueber Leucoderma syph.*, Wurzb., 1886.
Poelchen. *Vierteljahschrift*, 1887. IV. Abt., t. I, p. 980.
Finger. *Ibid.*

sont pas pourtant admises seules, car nous en trouvons une troisième d'après laquelle les auteurs, qui se rangent à elle, ne voient dans cette affection, que l'issue ordinaire de syphilides précédentes, décrites jusqu'aujourd'hui sous des noms différents. Voilà pourquoi ils n'admettent pas la nécessité d'envisager cette pigmentation comme une forme particulière de syphilide.

Ainsi, conformément aux opinions sur cette affection, on a discuté différemment son origine. Tanturri, de Amicis, Profeta, Tortolla admettent que le processus a son origine dans des altérations fonctionnelles des cellules qui produisent le pigment de la peau. Se fondant sur l'apparition symétrique de cette affection, certains auteurs ont dernièrement essayé d'unifier son étiologie avec celle des maladies nerveuses générales, mettant en rapport ce phénomène avec certains changements des centres trophiques dans la moelle épinière, ou avec les affections générales du système circulatoire.

Ainsi Pirrochi, Astley Bloxam, Chadek, croient que cette affection cutanée dépend des influences nerveuses sur les vaisseaux sanguins. Jullien la met en rapport avec une affection syphilitique des capsules surrénales.

Riehl ne l'envisage pas comme une conséquence immédiate de la syphilis, il la regarde plutôt comme une affection secondaire, résultant d'une influence de la syphilisation et en même temps comme une expression et une conséquence d'un dérangement général de la nutrition. Elle serait ainsi l'expression à la fois de l'influence du virus et de l'absorption locale d'une infiltration syphilitique. Bazin, Griffits, Fox, Taylor rejettent la spécificité de cette affection, la considérant simplement comme une coïncidence. Kaposi en vient même à nier son existence.

Cette différence des opinions nous montre que la pathogenèse de cette syphilide reste encore complètement obscure. Nous n'avons pas encore actuellement des bases solides pour déterminer les vraies causes de cette affection cutanée. Il nous reste donc à attendre que les faits et surtout les recherches anatomiques aident à comprendre plus facilement la nature du processus mentionné.

Voilà pourquoi je me permets de présenter les résultats de mes observations cliniques, faites dans l'hôpital clinique militaire à Saint-Pétersbourg, service du professeur B. Tarnowsky pendant les trois dernières années scolaires.

Pendant l'année 1886-87, j'ai eu l'occasion d'observer la syphilide pigmentaire chez 9 malades sur 196 dans la période condilomateuse.

Dans l'année 1887-88, chez 12 malades sur 151, et en 1888-89, chez 7 malades sur 101 dans la même période.

Toutes les observations ont été faites exclusivement sur les personnes du sexe masculin, chez lesquelles la syphilide pigmentaire a été observée, de dix-huit à vingt-sept ans. Il n'en résulte pas pourtant quelque prédisposition spéciale touchant l'âge, car en général dans les hôpitaux militaires on ne reçoit qu'exclusivement les malades de cet âge.

Parmi les affections cutanées de la syphilis, la syphilide pigmentaire forme une manifestation toute spéciale, d'après le professeur Fournier, tout à fait différente des autres affections analogues.

Cette syphilide affecte principalement la région cervicale, où les autres, d'après Bassereau, ne s'observent qu'exceptionnellement.

Elle apparaît seulement quand la peau est parfaitement libre des affections précédentes et apparaît primitivement et indépendamment de toute autre lésion. La syphilide pigmentaire se localise habituellement dans la région cervicale, en variant beaucoup pourtant, quant à ses dimensions, sa couleur et sa forme.

N'attaquant que la région du cou, elle l'entoure en forme d'un collier (collier de Vénus, Hardy) ; ou bien dépassant les limites de cette région, elle s'éteint peu à peu dans la région interscapulaire. Il arrive aussi, que malgré l'affection du cou, ces taches spécifiques apparaissent aussi sous les aisselles, sur la poitrine et dans les régions du ventre et du dos (neuf cas sur vingt-huit). Dans ces cas, l'affection cutanée se répand parfois des deux côtés du tronc symétriquement, presque sous forme de deux triangles, tournés par leurs sommets vers les aisselles et par leurs bases vers les os du bassin, n'affectant pas la peau du triangle avec le sommet tourné à l'ombilic.

La couleur de cette dermatose, de même que son aspect extérieur, dépend de la période d'affection de la peau.

L'évolution de la syphilide pigmentaire présenterait d'après nous trois périodes, à savoir : période initiale, période de développement, et période de régression, en fondant cette division sur les données de nos observations.

Dans le tiers des cas, où nous avons pu observer le débutde la syphilide pigmentaire, grâce aux malades qui se trouvaient alors à la clinique, cette affection de la peau commença par une pigmentation uniforme et diffuse de la peau du cou. En tournant le cou, cette pigmentation apparaît plus nettement dans les régions latérales et postérieures, comparativement aux antérieures.

Dans la période mentionnée, sa couleur est gris brun jaunâtre, sans aucune condensation visible sur toute son étendue ; en somme, une belle pigmentation de couleur brun foncé. Parallèlement au changement de la couleur des taches blanches, ces dernières deviennent

blanches en pâlissant graduellement et même en paraissant plus blanches que la peau normale. Il paraît que ce phénomène n'est pas toujours aussi tranché, ce qui dépendrait peut-être de l'intensité plus ou moins grande de la pigmentation de la peau dans les parties foncées voisines.

Là où la couleur de ces dernières se transforme en plus brun, les taches blanches entre elles se présentent sans doute plus pures que la peau normale. Pendant cette période, les taches blanches ne durent pas, car l'intensité de la pigmentation foncée des parties voisines diminue rapidement. Elles présentent alors une coloration intermédiaire entre celle qui précède le moment de l'apparition des taches blanches et celle de leur acmé.

Alors le processus entre dans la voie de la régression. A mesure que la coloration de l'endroit affecté pâlit, les taches blanches se rapprochent de la couleur de la peau normale, en devenant d'une nuance plus foncée. On observe en même temps une altération de leur forme : les taches rondes ou ovales dispersées auparavant deviennent multangulaires, commençent à devenir confluentes en présentant alors des dessins différents. Pendant la formation de ces dessins, on peut observer souvent des rainures en forme de marge étroite, pigmentées, de 2 à 3 centimètres de largeur parfois. Cette augmentation des taches blanches à mesure de la disparition du fond brun aide à disparaître la pigmentation primaire pathologique : elle s'éteint progressivement et la peau, auparavant attaquée, reprend la couleur de la peau saine.

Quant au terme d'apparition de la syphilide pigmentaire parmi les autres symptômes de la syphilis, les observations des auteurs nous apprennent qu'on la trouve pendant diverses périodes de l'évolution de la syphilis. Pillon la décrit comme un exanthème tardif sous le nom de syphilide maculeuse du cou.

Diday admet que cette syphilide est un des symptômes les plus précoces de la diathèse constitutionnelle. Il la nomme « teinte bistrée pommelée ». Selon Hardy, elle serait un symptôme intermédiaire entre les manifestations secondaires et tertiaires.

Comme chronologie, dit M. Fournier, la syphilide qui nous occupe appartient à la période secondaire et au terme moyen de cette période, fin de la première année et cours de la seconde.

D'après Duhring et Barthélemy, elle se développe entre le sixième et le trente-sixième mois après l'infection.

D'après Fox, entre le troisième et le sixième mois après le début de la syphilis.

D'après Neisser, on l'observe toujours dans la période primaire de la

syphilis et c'est justement dans deux cas à évolution galopante, où les formations gommeuses se développèrent pendant la deuxième ou troisième année, que la syphilide pigmentaire se présenta comme un phénomène concomitant.

Dans nos observations, où l'on pouvait constater sa première apparition, grâce à la présence des malades dans la clinique, nous avons pu voir que la syphilide pigmentaire paraissait dans le deuxième mois et demi, dans le troisième et le cinquième mois après l'infection. Présentant toutefois une affection à évolution lente et de longue durée, on peut la rencontrer aussi parmi les phénomènes tardifs, et d'après Mairreau, elle peut présenter une apparition aussi bien précoce que tardive.

D'après l'analyse de l'évolution de la syphilide pigmentaire, les auteurs arrivent à la conclusion, qu'elle représente souvent un phénomène très opiniâtre et de longue durée. Pillon, dans ses trois observations, admet que la syphilide mentionnée dure de un à trois mois. Diday est de la même opinion. D'après la remarque de Bazin, elle peut durer quelquefois deux ou trois mois, mais plus souvent elle a une durée indéfinie. Pour Neisser, sa durée moyenne serait cinq, sept, douze et quatorze mois et exceptionnellement deux, trois et quatre ans.

Nos observations de l'hôpital ne nous permettent pas de fixer le terme exact de l'évolution de la syphilide pigmentaire, pourtant sa longue durée fut constatée par son existence pendant plusieurs mois après l'apparition du chancre. Dans un des cas, où le malade se trouvait à la clinique pendant dix mois avec les symptômes de la syphilis, la syphilide pigmentaire restait très visible, malgré le renouvellement fréquent du traitement par les iodures et le mercure.

En général, les moyens spécifiques contre la syphilis ont peu d'influence sur l'évolution de cette dermatite.

Nous avons vu déjà les explications variées sur la nature du processus. Toutes ces opinions sont fondées presque exclusivement sur l'analyse des symptômes cliniques variables selon la période de l'évolution. Les auteurs ne décrivant que les périodes isolées et diverses d'une affection lente par elle-même dans son évolution, la divergence des opinions de même que la diversité des explications devenaient inévitables. Certains auteurs, peu nombreux toutefois, venaient tirer leurs conclusions de l'analyse des altérations microscopiques de la peau affectée. L'examen histologique de la peau, prise à des périodes différentes de la maladie sans prendre en considération le processus pathologique dans son ensemble, ne devait nécessairement conduire comme résultat final qu'à une série de contradictions dans les conclusions.

Tanturri ne trouvait pas d'altération dans la disposition du pigment dans les taches blanches. Il croit que la nature de cette affection pathologique résiderait dans l'abondance du pigment dans les parties foncées de la peau.

Pour Riehl, la lésion pathologique consiste dans la disparition du pigment dans les cellules de la couche basilaire de Malpighi. Pour lui, la syphilide pigmentaire ne serait que l'expression de la perte de la pigmentation. C'est à ce phénomène qu'il réduit la nature de l'affection. Saintin, examinant la peau d'un malade, affecté pendant près d'un an d'une syphilide pigmentaire, trouvait non seulement la différence de la disposition du pigment dans les cellules épithéliales, mais encore du pigment dans la peau même. Malgré, dit-il, l'insuffisance du morceau de la peau pris dans ce but, on observait sur un bord de la couche épithéliale plus de pigment que sur l'autre. Dans la peau même et surtout dans la couche papillaire, on rencontrait le pigment tantôt libre, tantôt occupant les grandes cellules conjonctives, disposées pour la plupart près des vaisseaux, où elles formaient plusieurs rangs. Sur les coupes transversales des vaisseaux, on ne trouvait pourtant pas de pigment dans leur épaisseur; il existait ordinairement à l'extérieur des vaisseaux. Autour d'eux, on trouve aussi les cellules ovales, résultat évident de l'inflammation antérieure, dont les produits se sont organisés en un tissu fibreux. Voilà à peu près tout ce qu'on sait aujourd'hui sur les altérations histologiques de la peau affectée par la syphilide pigmentaire.

D'après nos recherches histologiques, pour lesquelles nous avons eu l'occasion d'exciser chez quatre syphilitiques, atteints de syphilide pigmentaire, des lambeaux de peau pris sur les taches foncées, aussi bien que sur les taches claires, cette syphilide présente les lésions anatomiques que voici:

Dans les taches foncées, la couche de Malpighi est plus épaisse relativement qu'à l'état normal. On trouve la pigmentation plus intense que normalement sur toutes les coupes. Elle est disposée non seulement dans toute l'épaisseur de la couche de Malpighi, dans le protoplasma des cellules, mais aussi dans les interstices, grâce à quoi la couche épithéliale prend un aspect réticulé. Les papilles de la peau sont déprimées et partiellement amincies. En certains endroits, les artérioles et les veinules présentent parfois une épaisseur trois à quatre fois plus grandes que normalement. Cette épaisseur des parois tient, à la présence de cellules rondes d'une part, et de l'autre au développement de tissu jeune et fibreux, avec prédominance de ce dernier. L'endothélium, dans la plupart des vaisseaux, est comme tuméfié, diminuant la lumière

du vaisseau parfois jusqu'à son oblitération complète. Dans certains vaisseaux, l'endothélium n'est pas altéré. Dans la lumière des petits vaisseaux, on trouve aussi en grand nombre des granules jaunâtres épars. On trouve aussi les granules dans le protoplasma de certaines cellules endothéliales des vaisseaux. Dans la peau et surtout dans la couche papillaire autour des vaisseaux, on trouve de nombreuses cellules rondes, ovales et multangulaires, pigmentées avec un noyau distinct. On les trouve aussi en grand nombre dans l'adventice des vaisseaux. Le pigment granulé, de la même couleur que dans la couche de Malpighi, se rencontre non seulement autour des vaisseaux, mais parfois aussi à une certaine distance dans le tissu conjonctif fibreux, où il se dispose dans les canaux lymphatiques, prenant l'aspect de lignes minces de longueur différente, de même que dans le protoplasma des cellules conjonctives. On ne trouve point des grains libres et des globules rouges ni dans le tissu libre, ni près des vaisseaux. Autour des glandules sudoripares, on observe en petite quantité le développement du tissu conjonctif jeune. La couche épithéliale de la glandule sébacéo-pilaire et son conduit sont parfois épaissis et pigmentés de même que la couche de Malpighi.

Dans les taches blanches, l'épiderme passe d'une couleur foncée à une teinte blanche et s'amincit au centre, de même que la couche de Malpighi. La couche transparente est presque absente. L'amincissement de la couche épithéliale est parfois de l'épaisseur d'un ou deux rangs de cellules aplaties. Dans certaines parties de la couche épithéliale rétrécie, les noyaux perdent la faculté de s'imprégner. Le pigment, qu'on trouve récemment encore dans les couches profondes des cellules cylindriques, au centre des taches blanches dans la couche de Malpighi, est absolument absent. Les cellules pigmentées, qu'on trouve dans l'épaisseur du derme, de même qu'autour des vaisseaux, dans lesquels les parois sont épaissies, prédominent. Dans la partie centrale de la tache blanche, on ne trouve plus ces cellules. De même le pigment granulé est absent dans les canaux lymphatiques. Les vaisseaux sanguins, dans les parties mentionnées, sont oblitérés au point de présenter dans la partie centrale de la tache blanche seulement des ramifications dichotomiques formées par les travées du tissu conjonctif jeune ou fibreux. En se fondant donc sur les données de l'examen macro et microscopique, nous croyons pouvoir admettre que la syphilide pigmentaire se développe sous l'influence d'une inflammation chronique spécifique des petits vaisseaux sanguins de la peau. Il est possible que cette lésion vasculaire ne soit elle-même consécutive aux troubles généraux de la nutrition, qu'on remarque que pendant l'évolution des syphilides dans la période condylomateuse.

Toutefois, cette dermatose a une évolution qui lui est propre, car autrement elle serait plus fréquente. A son début, elle se présente comme une affection endothéliale, de même qu'une infiltration cellulaire de l'adventice des vaisseaux. Une telle transformation des vaisseaux produit à la suite un trouble de la circulation. Par ce fait, les globules rouges perdent leur pigment. Il infiltre alors l'adventice des vaisseaux, les cellules du tissu conjonctif, celles du derme et de la couche de Malpighi, en se disposant aussi dans les canaux lymphatiques. Pendant l'évolution de ce processus, la plupart des vaisseaux altérés sont complètement oblitérés, les papilles de la peau deviennent rabougries et s'atrophient ensuite. Alors la pigmentation devient moins intense pour se perdre ensuite totalement, et alors dans l'endroit d'une telle affection il ne reste qu'une tache blanche.

DISCUSSION

M. Euthyboule : J'ai eu l'occasion d'observer un fait qui n'a pas encore été signalé que je sache, c'est une syphilide pigmentaire dans un cas de syphilis héréditaire tardive.

Une jeune fille de dix-sept ans est venue me consulter, en compagnie de sa mère, pour un état de chloro-anémie avec pâleur extrême des téguments et des muqueuses, bouffissure de la peau, etc. Au cours de l'examen, notre attention est sollicitée par une taie centrale sur chacune des cornées, ainsi que par une encoche de l'incisive médiane supérieure gauche, encoche ressemblant beaucoup à celle qui caractérise la dent d'Hutchinson par sa forme en croissant taillé en biseau aux dépens de la face antérieure de la dent, sans réaliser cependant, d'une façon absolue, le type parfait de ce que nous appelons dent d'Hutchinson, puisqu'elle n'occupait toute la largeur de la dent, mais qu'elle était reportée sur le côté externe, la flèche de l'arc ne correspondant pas à l'axe de la dent. L'incisive correspondante de la mâchoire inférieure était de 2 millimètres plus courte que sa congénère et se terminait par un bord libre aplati, mince et grisâtre.

L'idée de l'hérédité syphilitique est aussitôt éveillée dans notre esprit, et vite confirmée par le résultat de l'enquête. La jeune fille a eu, à l'âge de neuf ans, à la suite de travaux d'aiguille et de lecture, mal aux yeux d'abord à droite, puis des deux côtés, mal opiniâtre avec récidives fréquentes et ayant occasionné une cécité presque complète pendant quelque temps. Le père nie tout antécédent syphilitique; il avait cependant des maux de gorge et la voix enrouée, au temps de son mariage. — La mère a fait trois fausses couches consécutives, de deux ou trois mois,

dans les premiers temps de son mariage, puis un enfant de sept mois n'ayant vécu que quelques heures, et étant venu au monde avec deux plaques noires larges comme une pièce d'un franc, une sur chacune des mains, à la face dorsale (attribuées par la mère à un coup qu'elle avait reçu sur le ventre étant grosse), enfin, une dernière fausse couche après la naissance de notre malade. Trois mois après son mariage, elle a eu des boutons aux parties, boutons qu'une de ses amies — présente à la consultation — qualifie de *pétalides* (nom qui signifie, en grec, les ricochets ou bonds successifs que fait une pierre plate et légère, jetée obliquement à la surface de la mer. Ne voit-on pas dans cette expression imagée la forme arrondie et plate, la disposition en série longitudinale, sur le bord des grandes lèvres, des plaques muqueuses ?) Plus tard, elle a eu la paume des mains crevassée, fissurée, douloureuse (psoriasis palmaire); enfin, il y a une dizaine d'années, un gros bouton à la tête avec nécrose du pariétal gauche et extraction d'un séquestre par un pharmacien.

Ainsi, l'hérédité syphilitique n'est pas douteuse chez notre jeune malade. Mais ce que cette demoiselle offre de particulier et sur quoi nous voulons attirer l'attention, c'est qu'au cours de notre examen, nous avons découvert, chez elle, une syphilide pigmentaire type, avec ses mailles irrégulières sous forme de dentelle, ses parties alternativement blanches et brunes, son aspect de crasse, de cou sale, etc. Elle occupait le bas de la nuque sur une hauteur de 12 centimètres environ, et les côtés du cou, où son étendue était un peu moindre, sa forme générale était celle d'une collerette de dame, décolletée sur le devant du cou. En arrière, plusieurs cicatrices kéloïdiennes, allongées, traces des scarifications pratiquées au moment de la naissance, suivant une pratique populaire, étaient parsemées sur le fond aréolaire pigmentaire de la partie supérieure du dos). — La date du début de cette dyschromie n'est pas connue ; la mère de la malade affirme cependant que sa fille n'avait pas, l'année dernière, à la saison des bains, ces saletés au cou, comme elle les appelle.

Le traitement spécifique a amélioré promptement et considérablement l'état général de la malade, chez qui les couleurs et les forces commencèrent à revenir. La syphilide pigmentaire restait telle quelle plusieurs mois après le début du traitement. Depuis, nous avons perdu de vue la malade.

M. Hardy : Je crois avoir été le premier à signaler cette affection. Elle est presque exclusive aux femmes ; toutefois, j'en ai observé aussi sur les hommes blonds, sur les hommes à peau fine et blanche, fémi-

nine pour ainsi dire ; elle y présente les mêmes caractères que chez les femmes.

Cette syphilide se dissipe avec une extrême lenteur, elle peut persister pendant trois ou quatre ans et plus. Le traitement n'a pas de prise sur elle ; aussi Bazin repoussait-il son origine syphilitique.

II. De la récidive *in situ* de certaines formes de lésions syphilitiques,

Par M. le Dr P. Portalier (de Paris).

J'ai l'honneur de vous présenter un certain nombre d'observations de sujets syphilitiques dont l'histoire offre cette particularité singulière à savoir : la récidive *in situ*, maintes et maintes fois répétée, d'une lésion spécifique, variable suivant les divers malades, mais toujours la même pour chaque même malade.

Certes, un tel fait a été signalé déjà. Dans ses « *Leçons faites à l'hôpital de Lourcine sur la syphilis tertiaire* », M. Fournier rapporte même plusieurs cas de ce genre (récidives réitérées *in situ* de syphilides gommeuses de l'arrière-gorge et des organes génitaux), et, à ce propos, il prend soin d'appeler l'attention de ses auditeurs « sur une telle particularité, peu connue, dit-il, à peine signalée en tout cas dans les traités classiques ».

Je ne sache pas toutefois que ce fait particulier ait été l'objet d'une communication spéciale. Cependant, il se rencontre encore avec assez de fréquence en pratique pour mériter, ce me semble, d'être mis davantage en relief et d'occuper au moins une petite place dans l'étude clinique de la syphilis.

J'ai réuni en effet sur ce sujet onze observations inédites, les unes tirées des notes privées de mon très honoré maître, M. le professeur Fournier ; les autres recueillies dans son service à l'hôpital Saint-Louis ; quelques-unes enfin prises directement par moi dans la clientèle de ville.

L'observation que voici, en résumé, peut servir en l'espèce d'observation type :

Obs. I. — Une femme de trente-cinq ans, blonde, de tempérament lymphatique, vient, vers la fin de 1873, consulter M. Fournier pour divers accidents syphilitiques secondaires, notamment pour des syphilides papulo-squameuses siégeant au visage, sur la lèvre supérieure. L'accident initial remonte au commencement de cette même année 1873.

Or, à partir de l'année suivante, 1874, jusqu'en 1883, on voit cette femme présenter des récidives presque incessantes de cette variété de syphilides papulo-squameuses, et celles-ci demeurer *toujours localisées* au niveau de la

surface cutanée des régions labiale supérieure, labiale inférieure, ainsi qu'au pourtour des commissures. On relève en particulier, de 1879 à 1883 seulement, quatorze de ces récidives. Durant tout ce dernier laps de temps, on n'observa jamais d'autres manifestations syphilitiques concomitantes ou intercurrentes.

Ces syphilides papulo-squameuses apparaissaient tantôt isolées, tantôt réunies par groupes; — leur dimension variait de celle d'une lentille à celle d'un pois ou d'une pièce de 50 centimes. Chaque fois, le traitement interne (pilules de Ricord et iodure de potassium) et le pansement local au taffetas de Vigo amenaient plus ou moins rapidement la disparition complète des accidents, lesquels, au bout de quelques semaines ou de plusieurs mois, dès la suspension du traitement interne, réapparaissaient *in situ* au grand désespoir de la malade.

Cette observation, je le répète, peut être regardée comme un modèle du genre de cas auxquels je fais ici allusion.

En conséquence, je me bornerai à vous rapporter d'une façon sommaire les observations suivantes :

Obs. II. — Jeune femme blonde lymphatique. (Hôpital Saint-Louis.)

Chancre syphilitique en 1884. — Accidents secondaires multiples et assez intenses jusqu'en 1887. Apparition, à cette date, de syphilides érythémato-squameuses sur la lèvre supérieure. Ces syphilides constituent dès lors la seule forme d'accidents spécifiques présentés par la malade. De 1887 à 1888, cinq récidives *in situ* de cette variété de syphilides. Guérison radicale de chaque poussée sous l'influence combinée du traitement interne et d'un pansement local au Vigo. Récidive de la lésion, malgré l'usage du traitement interne continué d'une façon plus ou moins assidue par la malade pendant les stades de repos de l'affection.

Obs. III. — Homme de trente-cinq ans.

Chancre syphilitique en 1887. — Quelques syphilides érosives buccales et syphilides érythémateuses disséminées sur le corps en septembre 1887. — Disparition de tous ces accidents sous l'influence du traitement interne.

Première récidive de la roséole, en avril 1888.

Deuxième récidive, en novembre de la même année.

Troisième récidive, en février 1889.

Quatrième récidive, au mois de juin dernier.

Chacune de ces poussées de roséole se traduisait par le développement de taches érythémateuses discrètes, parfaitement caractérisées, disséminées principalement sur le tronc.

Obs. IV. — Jeune femme.

Chancre syphilitique à la fin de 1885. — Traitement spécifique bien suivi dès le début.

Éruption de syphilides érythémato-papuleuses sur le visage (oreilles, nez, sillons jugaux, lèvres) en mars 1886.

Récidive *in situ* en avril de la même année. Résistance de ces taches au traitement. Finalement, effacement complet.

Récidive nouvelle, toujours *in situ*, en juillet 1887.

En octobre de la même année, troisième récidive (syphilides érythémato-papuleuses eczématoïdes).

En janvier 1889, récidive sur la lèvre inférieure.

En juillet dernier, récidive sur des points multiples de la face.

Ces poussées réitérées se sont produites malgré un traitement local et interne parfaitement dirigé et consciencieusement suivi (bains de vapeur, pommades diverses, frictions mercurielles, sirop de Gibert, pilules de proto-iodure, pilules de Dupuytren, iodure de potassium, sulfureux).

Jamais cette malade n'a fait d'excès d'aucune sorte.

Obs. V. — Femme galante de vingt-cinq à trente ans.

Chancre syphilitique en 1866. — Accidents secondaires multiples, mais peu intenses, parmi lesquels syphilides psoriasiformes de la paume des mains. Disparition définitive de tous les accidents, sauf de ces syphilides psoriasiformes, sous l'influence du traitement.

De 1866 à 1870, sept récidives *in situ* de cette variété de lésion.

En 1872, apparition sur la plante des pieds de cette même forme de syphilides, lesquelles, de 1872 à 1874, récidivent trois fois, toujours en dépit du traitement.

Obs. VI. — Voici l'observation d'un cas absolument analogue au précédent :

Un médecin des plus distingués et des plus honorables, qui contracta professionnellement la syphilis (chancre du doigt), fut tourmenté pendant près de dix ans par des poussées incessantes de syphilides psoriasiformes palmaires qui réapparaissaient dès que le traitement spécifique était interrompu.

Obs. VII. — Femme âgée actuellement de vingt-neuf ans (Hôpital Saint-Louis).

Syphilis à l'âge de dix-sept ans, en 1877.

Ultérieurement, accidents graves. Gommes multiples de sièges divers en 1881. Traitement plus ou moins bien suivi dans les commencements.

Excès alcooliques dans les premiers temps de la syphilis.

En 1885, localisation des manifestations spécifiques à la tête, sur le cuir chevelu et particulièrement à la face.

Syphilides tuberculo-ulcéreuses disséminées sur tout le visage, mais occupant de préférence le nez, les joues, la lèvre supérieure et le pourtour des lèvres. Poussées incessantes depuis cette époque jusqu'à aujourd'hui. On ne compte plus les rentrées de cette femme dans le service de M. Fournier, pour des récidives de cette même variété de lésion sur le même siège.

La malade vient de rentrer encore à l'hôpital le 24 juillet dernier pour une récidive nouvelle. Chaque fois, elle sort de l'hôpital soit complètement rétablie, c'est-à-dire (fait important à noter) sans rougeur, ni induration, ni érosion de la région de la face qui vient d'être affectée, soit seulement à peu près guérie. Malgré les doses considérables d'iodure de potassium et de préparations mercurielles que cette femme a absorbées, la même lésion récidive *in situ* dès que le traitement est interrompu et parfois même au cours du traitement.

Obs. VIII. — Femme âgée actuellement de trente-cinq ans (Hôpital Saint-Louis).

Chancre syphilitique en 1879. — Accidents secondaires intenses et prolongés. Traitement assez régulièrement suivi.

De 1883 jusqu'à cette année 1889, poussées incessantes et violentes de syphilides tuberculeuses de la face (nez et parties latérales du nez et lèvre supérieure). Chaque poussée se traduit de la façon suivante : gonflement considérable de toute la région susdite; œdème plus ou moins dur; hyperémie vive; lacis de vaisseaux veineux; tubercules plus ou moins gros, quelques-uns ulcérés, disséminés sur toute cette surface.

Dans ce cas particulier, on n'a presque jamais observé, comme dans les cas précédents, un effacement complet de la lésion à un moment donné. Presque toujours, lorsque la malade quittait le service de M. Fournier, il restait en un point quelconque de la zone affectée un peu de rougeur ou un noyau induré qui devenait le point de départ de la récidive suivante. — De loin en loin, quelques lésions de même nature éparses sur diverses autres parties du corps, en particulier sur les bras. — Échec absolu du traitement interne, administré cependant de la façon la plus énergique et scrupuleusement suivi par la malade, pour prévenir la récidive de cette lésion.

Obs. IX. — Je vois en ville en ce moment, avec le professeur Fournier, un homme de trente-six ans, ayant contracté la syphilis en 1873, et qui, depuis l'année 1875 jusqu'à aujourd'hui, a été affecté incessamment et uniquement e syphilides ulcéreuses et de syphilides gommeuses des lèvres (face muqueuse, bord libre et face cutanée). Le malade ne compte plus les flacons d'iodure de potassium qu'il a vidés, ni les doses de mercure qu'il a ingurgitées, et tout cela vainement, c'est-à-dire sans arriver à prévenir les récidives *in situ* de cette variété de syphilide. Maintes et maintes fois cet homme qui, — je ne saurais omettre de le dire, n'est pas alcoolique, mais est assez grand fumeur, — s'est cru guéri et guéri définitivement, notamment en 1885, année pendant laquelle il est demeuré exempt de toute manifestation de son mal accoutumé.

Obs. X. — Homme. Chancre syphilitique en 1861. Syphilides érosives buccales comme seuls accidents secondaires. Traitement prolongé.

Mariage, deux enfants sains.

Vers la fin de 1867 (après le mariage et la naissance des enfants), apparition d'une exostose frontale.

Depuis cette époque jusqu'en 1870, plus de dix récidives de la même exostose. (Mercure et iodure de potassium à doses considérables. Saisons à Luchon, à Aix.)

La tumeur s'efface sous l'influence du traitement interne et reparaît dès qu'on suspend le traitement.

A partir de 1870, le malade n'est plus suivi que d'une façon irrégulière. Cependant, il est mentionné dans son observation qu'en 1876, après des récidives nouvelles depuis 1870, cette exostose frontale semble définitivement guérie.

Obs. XI. — Il s'agit dans ce cas d'une exostose du cubitus.

Homme ayant contracté la syphilis en 1869.

Accidents secondaires légers. Comme traitement, quelques pilules mercurielles seulement, mais iodure de potassium (à la dose de 2 à 3 grammes par jour) pris d'une façon assez régulière jusqu'en 1872. Malgré cela, apparition, à

cette date, d'une exostose de l'olécrâne (cubitus droit). La nuit, douleur à faire « pleurer ». Les frictions mercurielles et l'iodure de potassium amènent chaque fois la disparition presque complète de cette exostose, qui s'accroît de nouveau dès qu'on suspend le traitement.

Permettez-moi, Messieurs, de vous faire remarquer que j'ai pris soin d'éliminer de la série d'observations qui précèdent tous les cas où ces récidives incessantes d'une lésion spécifique donnée sur un même point pourraient en quelque sorte s'expliquer par une irritation locale continue. J'ai soigneusement évité en effet de faire entrer en ligne de compte des cas comme ceux, par exemple, où des sujets syphilitiques adonnés à la fois à l'alcool et au tabac sont constamment affectés de ces érosions buccales encore mal définies, mais qu'on ne saurait pas moins considérer comme suspectes.

Une autre remarque encore, c'est que les observations que je viens de rapporter peuvent se diviser en deux catégories.

Dans l'une, il s'agit de récidives, à des périodes plus ou moins avancées de la diathèse, d'accidents spécifiques en harmonie en quelque sorte, par leur nature, avec l'âge de la maladie auquel ils apparaissent. Ce sont des syphilides tuberculo-ulcéreuses, des syphilides gommeuses, des exostoses survenant quatre, cinq, huit et dix ans après le début de l'infection.

Dans l'autre catégorie, au contraire — et c'est une singularité de plus dans l'histoire de ces faits déjà singuliers — il s'agit de la récidive d'accidents d'ordre secondaire à une période avancée de la syphilis. Nous voyons en effet, chez certains sujets, des syphilides papulo-squameuses, érythémato-squameuses, apparaître à maintes et maintes reprises quatre, cinq, six ans et plus après le début de la maladie et constituer même les seules manifestations par lesquelles se traduit chez ces sujets une diathèse qui, vu son âge, ne semble plus en droit cependant d'avoir de ces poussées de jeunesse.

Une dernière remarque enfin, c'est que ces sortes de récidives s'observent dans les cas les plus divers, c'est-à-dire quel qu'ait été le traitement du début de la syphilis (traitement énergique, moyen ou insuffisant), et quel qu'ait été le caractère initial de la maladie (grave ou léger).

Quant à expliquer ces irrégularités d'évolution de la syphilis dont je viens de vous entretenir, je ne pense pas que l'on soit encore en mesure de le faire (1). En tout cas, je me contente pour ma part d'appeler votre

(1) Autrement du moins que par des hypothèses plus ou moins bien fondées.

attention sur des faits cliniques qui m'ont semblé peu connus, ainsi que sur l'insuccès décourageant ici des méthodes thérapeutiques classiques.

DISCUSSION

M. A. Fournier : Les récidives *in situ*, dont vient de parler M. Portalier, peuvent s'observer à toutes les périodes de la syphilis.

1° Nous avons tous vu, par exemple, un *chancre infectant guéri, cicatrisé*, s'éroder, s'ulcérer de nouveau sur place, ressusciter, en un mot; c'est là le chancre *redivivus* ou *redux;*

2° A la période secondaire, on voit parfois se reproduire *in situ* les accidents spécifiques de cette période, exemple : le psoriasis syphilitique palmaire récidivant. De même, pour certaines syphilides régionales, péri-buccales, par exemple, soumises à d'incessantes récidives;

3° A la période tertiaire, je puis citer le phagédénisme scrotal, ou encore les exostoses frontales. J'ai vu jusqu'à quatorze récidives, d'une exostose de la bosse frontale gauche.

Ces cas sont extrêmement curieux à tous les points de vue et ils nous donnent le secret de certaines récidives visibles seulement par leurs effets; par exemple, les récidives, très fréquentes, des syphilides des centres nerveux.

Pourquoi et comment ces récidives?

L'explication simple et claire pour certaines d'entre elles, comme les récidives de syphilides linguales chez les fumeurs, est très difficile pour la plupart, pour le chancre, les exostoses, etc..., et l'on en est réduit aux hypothèses. La plus plausible est celle-ci : après guérison apparente d'une syphilide quelconque, il reste *in situ* des germes morbides à l'état léthargique, pour ainsi dire, jusqu'à ce qu'une cause quelconque vienne les faire revivre.

Peut-être même n'est-ce pas là une simple hypothèse ; car M. Neumann, qui a fait récemment l'examen histologique de régions occupées antérieurement par des syphilides guéries, m'a dit avoir trouvé, jusqu'à *deux ans* après cette guérison apparente, des amas de cellules embryonnaires autour des glandes sébacées et sudoripares.

Ce fait est des plus intéressants, et j'y vois un argument de plus en faveur du mode de traitement que M. Diday a attaqué, avec sa verve et son talent habituels, à l'une des précédentes séances. Qu'on me permette de revenir brièvement sur cette question. Nous sommes tous d'accord, il est vrai, sur les points principaux du traitement de la syphilis, comme les remèdes à employer, la longue durée de la médica-

tion. Mais comment faut-il traiter la maladie, une fois les premiers accidents disparus? Ici, la discorde commence. Les uns, comme M. Diday, s'arrêtent jusqu'à réapparition des accidents. C'est la méthode *opportuniste*, pour ainsi dire. Les autres traitent d'une façon permanente, à cause des accidents en *imminence :* c'est la méthode *préventive*. Je suis de ceux-ci et nous pouvons, je crois, revendiquer à l'appui de notre opinion cette notion de la *persistance* et de la *reviviscence* possible des *germes*.

M. Ehlers (Copenhague) : M. le professeur Fournier a mentionné brièvement les chancres *redux*. Je ne sais si ces affections sont rares. A juger par les communications qui ont été faites nouvellement dans les *Annales de Dermatologie*, ils le sont. Dans le service de M. le professeur Haslund, j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs de ces cas; et notamment, il y a quelques mois, un cas qui m'a beaucoup étonné.

Il s'agit d'un malade qui avait été traité pour la première éruption de la syphilis, une vingtaine d'années auparavant. Depuis ce premier traitement, il n'avait pas eu d'autre récidive qu'*in situ*, où la manifestation initiale avait eu son siège. Il avait eu trois fois des ulcérations *redux*, qui avaient, chaque fois, simulé une réinfection.

L'absence d'adénites et le manque d'une éruption secondaire ne permettaient aucun doute sur la nature tertiaire de l'affection.

J'appelle l'attention sur ce cas, pour demander, si vous ne trouvez pas que de telles récidives *in situ* exigent un traitement chirurgical. Car, quoique étant persuadé de l'utilité du traitement continu de M. le professeur Fournier, je ne crois pas qu'on puisse venir à bout de ces cas de récidives *in situ*, quant à la prévention des récidives, sans un traitement chirurgical.

M. Diday (Lyon) : Au lieu de chancre *redux*, disons chancre *Fournier*, puisque c'est le savant médecin de Saint-Louis qui l'a découvert et parfaitement décrit.

A propos des causes de reviviscence des germes endormis *in situ*, je citerai l'observation de Mauriac qui, un an après avoir inoculé vers l'ombilic, le liquide d'une vésicule d'herpès, et alors qu'il croyait l'inoculation négative, vit surgir à ce point un groupe caractéristique d'herpès.

Quant à la conclusion tirée par M. Fournier de la présence de germes au siège d'anciennes syphilides, pour justifier la continuation du traitement entre les poussées, je répondrai que, en effet, la vie latente de la graine n'est pas absolument latente, mais qu'elle ne diffère de la vie la-

tente qu'en ce que, après son sommeil hivernal par exemple, on constate qu'elle a légèrement augmenté de poids, mais sans changement dans sa composition ; ce qui établit, en faveur de la théorie de M. Diday, que, durant l'intervalle entre les poussées, il n'y a pas d'échange sensible entre le bacille et le terrain.

Mais qu'on me permette, malgré la persistance des *germes*, de ne pas croire à l'efficacité *préventive* du traitement continu. Je n'en citerai pour preuve que le cas d'un étudiant qui, à l'issue d'un traitement mercuriel *prolongé* subi pour une blennorrhagie chronique, contracta un *chancre* et eut une *syphilis* de force et de durée *ordinaires*.

M. Hardy : A propos de la récidive de lésions syphilitiques sur des endroits déjà atteints antérieurement, je puis citer un fait que j'ai eu occasion d'observer récemment. Il s'agit d'une femme, atteinte de syphilis vaccinale, qui a présenté comme phénomène primitif à la partie supérieure des bras, de chaque côté et à l'endroit où avait eu lieu la vaccination, trois saillies tuberculeuses, arrondies et un peu plus larges qu'une lentille. Ces saillies apparurent vingt-cinq jours après la vaccination qui n'avait donné lieu d'ailleurs, tout d'abord, à aucune éruption ; après avoir augmenté en dimension et en volume pendant huit à dix jours, elles s'ulcérèrent superficiellement, et l'excoriation fut recouverte d'une croûte d'un vert foncé qui persista un mois environ et qui laissa en tombant une légère dépression cicatricielle brune d'abord, puis moins foncée plus tard, mais toujours apparente, ainsi qu'on le voit souvent pour des chancres situés dans une région quelconque.

Ces phénomènes primitifs, accompagnés d'un ganglion axillaire de chaque côté, avaient été suivis des accidents secondaires ordinaires de la maladie, éruptions roséolique et papuleuse, adénopathie cervicale, céphalée, puis plus tard d'une affection oculaire grave occupant la capsule cristalline et le nerf optique. Pendant plus de deux ans, la malade fut en proie à des affections successives variées, mais de la même nature, et récemment, au moment où se faisait une poussée de taches papuleuses à la peau, un peu plus de deux ans et demi après l'infection, je vis reparaître, sur les taches cicatricielles vaccinales, une nouvelle éruption de saillies tuberculeuses semblables à celles qui avaient constitué le phénomène primitif, mais en différant par ce fait qu'il n'y eut ni ulcération, ni croûte, et qu'après un mois environ la saillie s'affaissa en devenant le siège d'une légère desquamation épidermique.

La réapparition *in situ* est là bien évidente, mais elle présente ce fait particulier que l'éruption secondaire eut lieu sur l'endroit pré-

cis occupé dès le début de la maladie par le phénomène primitif.

M. Zambaco-Pacha : M. le professeur Fournier, par sa communication sur les reliquats de prolifération observés par M. Neumann, sur les stigmates de la vérole plusieurs mois après toute disparition des manifestations syphilitiques et lorsque tout faisait légitimement supposer la guérison du malade, ouvre un horizon nouveau à nos études, qui promet de nous faire constater dans la peau la persistance de la maladie, ou bien sa guérison radicale.

Que faisons-nous aujourd'hui? Nous marchons dans le traitement des syphilitiques à tâtons et comme des aveugles. Nous prolongeons le traitement spécifique bien au delà de la disparition des manifestations et nous soumettons nos malades à un traitement soi-disant préventif deux fois par an, au printemps et en automne, pour toute éventualité. Or, si les recherches du professeur Neumann sont un jour consacrées par l'expérience, la chose serait bien simplifiée. On n'aura qu'à examiner au microscope un petit morceau enlevé sur l'endroit de la peau où a existé une manifestation syphilitique pour juger la question.

S'il y a des reliquats de prolifération, c'est que la diathèse persiste et le traitement doit être continué; s'il n'y en a pas, il serait inutile de soumettre le patient à une médication spécifique, car il est définitivement guéri.

Quant à la récidive des accidents syphilitiques sur l'endroit même où ils ont existé précédemment, je crois intéressant de dire qu'il m'a été donné de voir la lèpre se développer chez des personnes syphilitiques, et dans ce cas les tubercules lépreux se sont formés à l'endroit même où siégeaient les manifestations cutanées de la syphilis.

M. Leloir : Je ne puis qu'approuver les remarques faites dans leurs importantes communications par MM. Fournier, Diday, Hardy, Portalier, sur les récidives *in situ* de certains syphilomes et en particulier sur leurs récidives au niveau du siège antérieur de certains chancres infectants.

L'exemple suivant et des plus remarquables nous montre une série de récidives *in situ* au niveau de la cicatrice antérieure du chancre, une série de poussées de syphilomes tantôt résolutifs, tantôt non résolutifs, présentant tantôt l'aspect d'un chancre infectant exulcéreux, tantôt l'aspect du chancre infectant ulcéreux.

Ces récidives survinrent environ quatre à cinq ans après la disparition du chancre; elles se montrèrent tous les ans pendant l'espace d'une dizaine d'années et, chose remarquable, le réveil du virus qu'elles indiquaient se reproduisit tous les ans à la même époque, au printemps.

J'ai été particulièrement frappé de ces récidives annuelles à époque pour ainsi dire fixe des syphilomes chancriformes, et dans les leçons que je publiais en 1885, sur la syphilis, dans la thèse de M. Declercq sur le syphilome chancriforme (1886), je disais : On dirait que le virus, demeuré latent pendant une période plus ou moins longue *se réveille localement*, que le virus déposé au niveau du chancre infectant y repullule, pour une raison ou pour une autre qu'il reste à déterminer.

Ainsi donc, j'ai considéré ces lésions (chancre *redux* de Fournier, pseudo-chancre induré de Hutchinson, que j'ai réunis sous le nom de syphilomes chancriformes, car ces deux dénominations correspondent à des lésions un peu différentes) comme des réveils locaux du virus. Il s'agit donc ici évidemment, dans les cas de syphilome chancriforme, de réveils locaux du virus.

Aussi suis-je très heureux de voir l'opinion que j'ai émise, en 1884, confirmée par des syphiligraphes aussi éminents que MM. Diday, Fournier, Hardy.

Mais cette hypothèse, si hypothèse il y a, a eu pour moi un *résultat pratique*.

Ayant constaté que ces *syphilomes chancriformes* résistent souvent pendant longtemps au traitement antisyphilitique le plus intensif (traitement général), je me bornais, dans un certain cas, à les traiter uniquement *localement*.

Dans ce but, je me bornais à appliquer sur eux des rondelles de Vigo cum Hg. ou des morceaux d'emplâtre hydrargyrique de Unna.

Dans plusieurs cas, en outre, le syphilome chancriforme récidivant tous les ans, et pour ainsi dire à période fixe (il semblerait réellement qu'il y ait ici une influence saisonnière sur le réveil local du virus), je conseillais aux malades de porter continuellement une rondelle d'emplâtre de Vigo cum Hg. sur le point où les syphilomes chancriformes avaient l'habitude de se montrer, c'est-à-dire au niveau du siège antérieur du chancre.

Je voulais ainsi stériliser en quelque sorte par un *traitement hydrargyrique local* le *foyer local du virus* dont les réveils annuels donnaient lieu à ces poussées annuelles de syphilome chancriforme.

Dans un certain nombre de cas, le succès dépassa mes espérances; chez deux de mes malades, qui tous les ans étaient atteints de syphilomes chancriformes, ces accidents ne se sont plus reproduits depuis cinq ans chez l'un, depuis trois ans chez l'autre.

J'ajoute en terminant que, ainsi que je l'ai écrit en 1885, dans mes Leçons sur la syphilis, ainsi que l'a montré ensuite mon élève, M. Declerq, dans sa thèse sur le syphilome chancriforme (thèse de Lille,

1886), il arrive parfois que l'apparition d'un syphilome chancriforme des organes génitaux annonce non seulement un réveil local du virus là où il a été déposé primitivement, c'est-à-dire au niveau du siège du chancre, mais encore des réveils d'*autres foyers virulents*, qui se manifesteront par des accidents syphilitiques survenant souvent à grande distance du foyer génital, quelques jours, quelques semaines, quelques mois au plus, après l'apparition du syphilome chancriforme.

Il en résulte donc que non seulement les syphilomes chancriformes méritent d'attirer l'attention du médecin, en tant que *lésion locale*, mais encore en tant qu'accident parfois *prémonitoire* d'accidents syphilitiques pouvant se montrer ultérieurement.

M. Hallopeau : L'expression de récidive *in situ* n'est rigoureusement exacte que pour les chancres. Pour les syphilides ulcéreuses tardives, il s'agit presque toujours de récidives dans le voisinage. C'est ainsi que, dans les syphilides serpigineuses, les nouvelles ulcérations, contrairement à ce qui se passe dans le lupus, n'envahissent pas les cicatrices. Il paraît en être de même pour les manifestations encéphaliques.

La connaissance des localisations cérébrales permet d'affirmer que les foyers successifs n'intéressent pas exactement les mêmes parties, car les symptômes ne sont pas les mêmes. C'est ainsi que, chez un malade couché actuellement au pavillon Bazin, on a vu se produire, au mois de mai une hémiplégie, au mois de juillet une aphasie.

Il n'est pas douteux que ces récidives de voisinage ne soient dues à la persistance d'agents contagieux dans la région. La syphilis, parvenue à sa période tertiaire, n'est plus une maladie généralisée ; elle n'est plus constituée que par des foyers locaux en activité ou latents. Leur localisation paraît être déterminée, dans une certaine mesure, par une plus grande réceptivité de certains tissus. Il en est ainsi pour la syphilis comme pour la tuberculose. On ne peut s'expliquer autrement pourquoi, chez tel sujet, les manifestations se produisent exclusivement dans les os; chez d'autres, à la paume des mains ou à la plante des pieds ; chez d'autres, dans les matrices des ongles; chez d'autres enfin, dans les centres nerveux; c'est dans ces mêmes parties qu'elles récidivent, parfois indéfiniment.

Pour ce qui est du traitement, je ne puis qu'appuyer ce que vient de dire M. Leloir. J'ai insisté, dans une communication récente au Congrès de thérapeutique, sur l'importance du traitement local. Voici le moulage d'un malade atteint d'une syphilide serpigineuse qui occupait toute la largeur du thorax. Pendant un an, elle a persisté malgré le traitement

général ; en trois semaines, les frictions locales avec l'onguent napolitain en ont eu raison.

Il va de soi que le traitement général ne doit pas être négligé pendant toute la durée des manifestations, et aussi dans leurs intervalles. L'hypothèse de M. Diday, relative à la résistance du contage à l'état latent qu'il compare à celle d'une graine, est ingénieuse, mais non démontrée. Notre observation personnelle nous a donné, au contraire, la conviction qu'un traitement général énergique et prolongé, suivant la méthode de notre maître, M. Fournier, a une influence prédominante sur l'évolution ultérieure de la maladie. Tous les sujets que nous voyons, à Saint-Louis, présenter des manifestations graves n'ont eu qu'un traitement nul ou insuffisant. Elles sont, au contraire, presque toujours atténuées chez ceux qui ont suivi un traitement approprié.

M. de Watraszewski : Les affections syphilitiques localisées récidivant périodiquement à la même place ou au voisinage de la place primitivement atteinte guérissent dans un certain nombre de cas après un traitement local spécifique. Dans d'autres cas, ce traitement est insuffisant ; de même, le traitement général reste souvent sans résultats : le raclage de la place atteinte à l'aide de la curette de Volkmann est alors indiqué et c'est la méthode qui donne des guérisons définitives.

III. Anatomie des syphilides tertiaires,

par M. le Dr Tommasoli.

Si l'on étudie dans les auteurs la clinique des lésions tardives de la syphilis, on trouve qu'il y a des lésions tardives qui se comportent d'une manière spéciale, assez différente de celle des formes habituelles gommeuses, et qui constituent en quelque sorte une exception.

Si cependant, chez ces auteurs, on scrute l'anatomie pathologique de ces lésions tardives, on ne retrouve pas cette forme exceptionnelle, il n'y a plus que la gomme.

Étonné de ce contraste, j'en ai cherché la raison, et je crois l'avoir trouvée au cours de recherches exécutées dans le laboratoire de M. Unna.

J'ai l'honneur de vous présenter quelques préparations de lupus syphilitique, de tubercule syphilitique, etc., faites avec ces lésions qui

constituent le plus souvent l'exception sur le terrain de la clinique. Elles prouvent que l'exception existe aussi sur celui de l'anatomie pathologique, c'est-à-dire que ces lésions ne peuvent être dénommées gommes, attendu que l'infiltration qui les caractérise est, quant à son siège, à sa disposition et sa qualité, tout à fait différente de celle du granulome syphilitique. Ainsi disparaît la désharmonie entre la clinique et l'anatomie pathologique.

Me fondant sur cette observation, je crois qu'il y a lieu de séparer cette forme de syphilide tardive, que j'ai nommée *tubéreuse*, des syphilides gommeuses du derme et de celles de l'hypoderme.

D'autres préparations faites avec des tissus de syphilide ulcéreuse, toujours en tenant compte de la qualité de l'infiltration, m'ont conduit à établir une classe à part pour les syphilides tardives ulcéreuses, qui n'ont aucune relation avec l'infiltration gommeuse ou tubéreuse, et qui ont pour substratum la syphilis et pour agent principal les microcoques pyogènes.

La conclusion générale de mon travail est celle-ci :

Il faut compter quatre variétés bien distinctes de syphilide tardive :

1° Syphilide tubéreuse ;

2° Syphilide gommeuse du derme ;

3° Syphilide gommeuse de l'hypoderme ;

4° Syphilide ulcéreuse d'emblée, non gommeuse et non tubéreuse.

On verra plus tard, s'il n'y aura pas lieu d'ajouter une cinquième variété englobant les syphilides érythémateuses tertiaires récemment signalées par M. Besnier, et rapportées par M. Unna aux neuro-syphilides.

IV. Du pseudo-rachitisme syphilitique,

par MM. Iscovesco et Meneault (de Paris).

L'un de nous a publié en collaboration avec le Dr Cazin (1), un travail dans lequel nous nous attachions à prouver que le rachitisme n'a rien à faire avec la syphilis et que ce sont des processus entièrement différents.

Dans ce mémoire cependant, les auteurs disaient que la syphilis qui

(1) Cazin et Iscovesco. Rapports du rachitisme avec la syphilis (*Arch. génér. de Médecine*, 1887).

ne peut donner du rachitisme, peut cependant déterminer des déformations osseuses pseudo-rachitiques qu'il importe de connaître et qui sont du reste facilement différenciables.

Nous nous proposons d'apporter quelques faits qui compléteront ces premières données. Dans son remarquable traité de la syphilis héréditaire tardive, le professeur Fournier affirme déjà que la syphilis peut donner lieu à des altérations osseuses multiples qui ressemblent approximativement au rachitisme vrai.

La syphilis peut déterminer des altérations osseuses multiples siégeant sur plusieurs os à la fois et donnant à première vue l'impression du rachitisme. Berne, dans sa thèse en 1884, a dit « que dans la syphilis le tibia paraît seulement arqué, et qu'en réalité il conserve sa rectitude ; qu'il n'est pas plus dévié dans la direction de son axe, que ne le serait une tige de fer sur laquelle on aurait, d'un côté, déposé une couche de plâtre ». Ces paroles ont été répétées un peu par tous les auteurs qui se sont depuis occupés de la question et elles ont servi à vulgariser une erreur clinique.

La déviation est vraie, elle existe ; elle est certainement moins prononcée qu'on ne croit la voir, mais elle est absolument réelle.

Il ne faut donc pas dire que dans le pseudo-rachitisme syphilitique, il n'y a pas de déviation réelle comme dans le rachitisme. Quelles sont donc les différences ? Pour cela, il suffit de rapprocher les deux tibias, pour les voir, comme nous l'avons vu dans deux cas, s'écarter brusquement à la partie tout à fait inférieure et prouver ainsi la réalité d'une déviation indubitable.

Nous ne voulons pas, Messieurs, ici insister sur le diagnostic du rachitisme vrai et du pseudo-rachitisme syphilitique. L'un de nous, qui a fait de cette question le sujet de sa thèse inaugurale (1), y a résumé nos idées communes à ce sujet. Absence de nouures, chapelet irrégulier, tibia spécial, hyperostoses caractéristiques, courbures irrégulières et partielles, les signes ne manquent pas.

Mais nous pensons, et c'est là un point sur lequel nous désirons attirer l'attention, que le pseudo-rachitisme suffit à lui seul pour affirmer le diagnostic de syphilis héréditaire.

Le rachitisme, maladie systématique, procède en frappant l'ensemble du système reproducteur de l'os. La syphilis, maladie constitutionnelle, procède par foyers irréguliers qu'elle jette tantôt ici, tantôt là. Il y a, permettez-nous cette comparaison grossière, quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans la moelle pour la sclérose en plaques et l'ataxie

(1) Meneault. *Du pseudo-rachitisme syphilitique*, thèse de Paris, 1887.

locomotrice. La sclérose peut bien quelquefois simuler l'ataxie. C'est une maladie entièrement différente.

Nous pensons, et nous terminons là-dessus, que chaque fois que l'on se trouvera devant un malade qui, après avoir fait l'impression d'un rachitique, se montre à un examen plus approfondi ne pas en être un, on peut affirmer que c'est devant un squelette syphilitique qu'on se trouve.

Voici les conclusions auxquelles nous nous sommes arrêtés :

1° La syphilis donne parfois lieu à un ensemble de lésions du système osseux qui en imposent à première vue pour le rachitisme ;

2° Cet ensemble de lésions constitue une preuve clinique, qu'il convient de désigner sous le nom de pseudo-rachitisme syphilitique ;

3° Contrairement aux opinions courantes, la syphilis osseuse se présente parfois avec de véritables déviations ;

4° Le pseudo-rachitisme a des signes absolument particuliers ;

5° L'ensemble des troubles constituant le pseudo-rachitisme est pathognomonique pour la syphilis. Il est justiciable du traitement spécifique qui, comme dans tous les cas de syphilis invétérée, ne donne pas toujours des résultats curatifs parfaits.

V. La syphilis chez les nouveau-nés et les enfants à Constantinople,

par M. le Dr Violi (de Constantinople).

1° *Syphilis congénitale.* — La constatation de la syphilis chez les nouveau-nés et chez les enfants en Turquie est loin d'être facile, surtout chez les musulmans qui échappent le plus souvent à l'investigation du médecin européen.

La syphilis est certainement répandue à Constantinople et dans le reste de l'empire ottoman; mais, faute de statistiques, il est difficile de préciser à quel degré. Dans un milieu, constitué par une population essentiellement cosmopolite, où la race, les mœurs et la religion, offrent les éléments les plus disparates, la superstition, l'ignorance et l'indifférence rendent les parents peu soucieux des premières manifestations morbides, qui ne paraissent pas menacer directement la santé de l'enfant. Si on constate sur le nouveau-né des accidents externes, tels que le pemphigus, le psoriasis, les plaques muqueuses, etc., les parents n'hésitent pas à le considérer comme inhérents à l'allaitement, sans

s'en inquiéter davantage. Plus tard survient-il du dépérissement, de l'amaigrissement avec troubles digestifs, de l'altération des traits; c'est à la dentition qu'on attribue empiriquement la déchéance de la santé, et les enfants meurent de marasme, d'atrepsie, d'affections viscérales, sans même que le médecin ait été appelé à constater la maladie.

C'est ainsi que la plupart des cas de syphilis échappent à la statistique médicale.

Quant à la syphilis acquise, qui atteint en général les enfants plus âgés, l'attention des parents se trouve plus facilement éveillée, et on a plus facilement recours à l'intervention médicale.

Chez les musulmans, tant d'après mes propres observations, que conformément à l'opinion de plusieurs de mes confrères très autorisés par leur situation, la syphilis infantile est moins fréquente que dans les autres communautés, et c'est bien plus souvent dans la classe élevée que dans la classe pauvre que l'on constate la syphilis, soit congénitale, soit acquise.

Lorsqu'un médecin de Constantinople est appelé à constater un cas de syphilis infantile, on doit noter que le plus souvent il se trouve dans l'obligation de bien se garder de préciser et le diagnostic et le traitement; l'un et l'autre seraient mal accueillis des parents, le second surtout, car la population est mise en défiance contre l'usage des préparations mercurielles, dont tous les empiriques font clandestinement un abus dangereux dans le traitement de toutes les affections vénériennes sans distinction. Le médecin, s'il ne veut s'exposer à être congédié aussitôt, doit se tenir dans des assertions un peu vagues, dissimuler la véritable nature du traitement spécifique établi, et lorsque les résultats commencent à se faire connaître par l'amélioration de la santé de l'enfant, c'est alors seulement qu'il peut convaincre les parents de l'absurdité de leurs préjugés.

Sur 13,817 enfants et nouveau-nés malades que j'ai vus à plusieurs reprises, soit à mon dispensaire, soit dans ma clientèle privée, j'ai relevé seulement 39 cas de syphilis infantile dont 17 de syphilis congénitale et 22 de syphilis acquise; 6 cas de syphilis congénitale et 9 de syphilis acquise m'ont été gracieusement communiqués par mes confrères. Total, 54 cas.

Les 23 cas de syphilis congénitale se répartissent ainsi :

2 nouveau-nés musulmans dont les parents se prétendait sains et refusaient toute visite médicale; la nourrice saine n'a pas été infectée.

5 nouveau-nés grecs, dont 1 provenant de père infecté et de mère saine; 2 de père et mère syphilitiques qui avaient suivi un traitement; 1 de père et mère infectés qui n'avaient voulu suivre aucun trai-

tement. L'enfant présentant à neuf mois des manifestations syphilitiques, la mère se décida à suivre un traitement qu'elle abandonna, étant de nouveau devenue enceinte. Ce second enfant, né couvert de pemphigus, meurt quelques jours après la naissance. Troisième grossesse commencée six mois plus tard, mais n'ayant pas abouti; le fœtus a été expulsé macéré à sept mois.

8 Arméniens, dont 7 provenant de père infecté et de mère ne présentant pas de traces de syphilis. Malgré le traitement suivi régulièrement par le père, les enfants ont présenté tous, entre le deuxième et cinquième mois de leur naissance, des manifestations syphilitiques qui persistent encore de temps en temps, quoiqu'ils soient toujours en traitement; l'aîné a quatorze ans.

Le huitième nouveau-né provient de père syphilitique et de mère chez qui des accidents syphilitiques ne se sont produits que pendant l'allaitement. Au cinquante-deuxième jour que la mère allaitait, apparut sur le mamelon gauche une petite tuméfaction suivie d'un chancre infectant. Plus tard, des plaques aux amygdales.

3 Italiens, un de père syphilitique qui a suivi un traitement régulier, et de mère saine. La famille a eu cinq enfants dont les quatre premiers sont bien portants, le cinquième, seul, est syphilitique. Un autre cas provient de père syphilitique et de mère saine qui ont leur premier enfant aussi sain. La nourrice n'a pas été infectée. Le troisième cas provient de père syphilitique et de mère saine.

3 Français, 1 de père syphilitique et de mère qui n'a présenté aucun symptôme de syphilis secondaire. Seulement plus tard, elle a souffert de céphalalgies persistantes à exacerbation nocturne qui ont disparu avec l'iodure de potassium. Il y a peut-être une réserve à faire au sujet de l'infection probable de la mère. Le deuxième provient de père infecté et de mère saine. Le troisième atteint de manifestations secondaires provient de père et mère syphilitiques.

1 Autrichien âgé de deux ans, dont le père était syphilitique et qui présentait au tiers supérieur de la jambe droite une gomme syphilitique ulcérée.

1 Suisse, né de père infecté et de mère saine, ayant déjà deux enfants sains.

Les 30 cas de syphilis acquise ont été constatés sur :

8 Grecs, dont 1 garçon de treize ans qui, après des manifestations tertiaires, subitement atteint d'aphasie, a été traité par l'iodure de potassium; au quatrième jour il recouvra la parole. 6 garçons infectés à l'école par la vaccination. 1 petite fille qui a contracté la syphilis en buvant dans le verre d'un enfant malade.

8 Turcs, dont 7 ont contracté la syphilis par la vaccination. 1 petite fille âgée de cinq ans, ayant à la vulve un chancre infectant.

10 Arméniens, dont 1 enfant infecté par la nourrice et qui, à son tour, a infecté 5 personnes de la famille; 4 garçons atteints de syphilis vaccinale.

2 Italiens israélites. 1 enfant de douze mois infecté par la nourrice, l'autre de quarante-cinq jours infecté par l'opération de la circoncision.

2 israélites ottomans atteints de syphilis vaccinale.

Comme traitement, les frictions mercurielles m'ont donné le meilleur résultat.

Conclusions :

La mère reste souvent saine, surtout quand le fœtus vient au monde sans accidents apparents.

La santé de la mère exerce une influence capitale sur celle de l'enfant. Si la mère est infectée, l'avortement est fréquent.

La santé du père exerce aussi une influence marquée, mais moins prépondérante. L'état du nouveau-né est en rapport direct avec la santé du père et, lorsque le traitement a supprimé les accidents chez le père, l'enfant peut naître sain.

L'évolution de la syphilis chez l'enfant est donc en raison directe de l'évolution de la syphilis chez le père à l'époque de la conception.

Un père syphilitique, sous l'influence du traitement, est susceptible d'avoir des enfants sains.

Une mère saine peut gagner la syphilis de son enfant qui l'aura reçue du père au moment de la conception.

VI. Quelle part d'influence revient à la syphilis dans la production du tabes.

Note à propos d'un cas où le tabes a été antérieur de cinq ans au minimum à une syphilis confirmée,

par M. le professeur H. Leloir.

A propos des rapports qui existent entre la syphilis et quelques affections définies du système nerveux, en particulier le tabes, je crois utile de relater en deux mots l'observation suivante.

Je ne crois pas qu'on en ait encore publié une semblable. Elle est instructive à bien des points de vue.

D... (Jules), vingt-huit ans, ajusteur, entre le 10 novembre 1885 dans mon service clinique de l'hôpital Saint-Sauveur (n° 341 de mon recueil d'observations, hommes, syphilis).

C'est un homme très intelligent qui nous fournit les renseignements les plus circonstanciés sur ses antécédents héréditaires et personnels.

Son père a toujours été très bien portant.

Sa mère est migraineuse, l'une de ses sœurs a été atteinte longtemps pendant sa jeunesse de « convulsions ». Son frère est venu au monde absolument estropié, ses membres sont complètement atrophiés, les bras sont en rotation forcée en dedans, les jambes fortement fléchies sur les cuisses, de façon que les pieds viennent toucher le derrière et que le malade marche sur les genoux.

A l'âge de dix ans, notre malade tombe en bas d'une échelle, sur la tête, et demeure près d'une demi-heure privé de connaissance.

Deux ans après cet accident, il fut pris à plusieurs reprises d'étourdissements. Les éblouissements se sont reproduits sept à huit fois en l'espace de quatre ans. Depuis lors il n'en a plus été atteint et s'est bien porté.

Soldat pendant cinq ans, il se livre à de nombreux excès alcooliques et vénériens. Pendant la première année de son service militaire, il contracte une chancrelle suivie d'un bubon suppuré qui nécessita un séjour d'un mois à l'hôpital militaire.

Pas encore de syphilis à cette époque.

Vers 1878, il éprouve des douleurs sourdes le long du rachis. Peu de temps après, il est atteint de diplopie. Puis surviennent successivement des sensations d'engourdissement dans les membres inférieurs et une hyperesthésie prononcée de la peau, hyperesthésie telle que la seule pression des draps du lit était douloureuse. Enfin il y a environ trois ans, douleurs fulgurantes au niveau des membres inférieurs et douleurs constrictives au niveau des genoux, douleurs en ceinture au niveau du thorax. Déjà vers cette époque, il avait remarqué des troubles du côté de l'urination, troubles qui devaient notablement s'exagérer il y a un an.

En somme, dès 1878, et peut-être avant, le malade présente des signes évidents de tabes. A cette époque, il n'était pas encore syphilitique.

En 1883, il contracte à Lille un chancre infectant de la rainure balano-préputiale, chancre suivi d'accidents secondaires évidents. Cette syphilis ne fut d'ailleurs soignée que très incomplètement.

A partir de ce moment, il semble que la syphilis vient en quelque sorte donner un coup de fouet à l'ataxie préexistante. Les douleurs fulgurantes, constrictives, térébrantes, etc., s'accentuent; le malade ressent de violentes douleurs dans le fondement (comme si on lui enfonçait dans l'anus un gros bâton). Il éprouve une grande difficulté d'uriner, même quand il en a fort envie ; il lui arrive souvent de quitter les urinoirs publics sans avoir pu pisser « afin de ne pas faire attendre d'autres personnes qui s'impatientaient »; il lui arrive parfois de ne pouvoir pisser qu'après trois minutes d'effort et même de ne pouvoir uriner qu'en essayant en même temps de déféquer. Depuis quelques mois, il est devenu presque impuissant, alors qu'il y a quatre mois, il avait des rapports sexuels excessivement fréquents. Maintenant il ne peut

plus avoir d'érections et cependant la nuit il a des fausses couches. Il y a quelques mois, étant enfin parvenu à pratiquer le coït avec la plus grande difficulté, il eut presque aussitôt après des éjaculations involontaires.

Marié depuis deux ans, il a deux enfants. L'un d'eux a des convulsions depuis peu de temps.

A l'examen, le malade présente tous les signes de l'ataxie locomotrice confirmée ; légère incoordination motrice des membres inférieurs (le malade frappe déjà du talon en marchant) ; hyperkératinisation plantaire, etc., etc.

En résumé, chez un sujet présentant des antécédents nerveux héréditaires et personnels, on voit vers 1878 débuter une ataxie locomotrice dont les signes vont en s'accentuant. En 1883, ce sujet contracte la syphilis. A ce moment, les phénomènes ataxiques s'exagèrent, et leur évolution semble en quelque sorte précipitée, comme si la syphilis avait donné un coup de fouet à ce tabes.

Cette observation, dont je ne connais pas d'analogue dans la science, mérite d'attirer l'attention des syphiligraphes. Elle suffirait à elle seule pour montrer s'il en était besoin :

1° Que l'ataxie n'a pas nécessairement pour cause la syphilis;

2° Que l'on peut être syphilitique et ataxique en même temps, sans que l'on soit en droit pour cela d'affirmer que l'on est ataxique parce que l'on est syphilitique;

3° Que des sujets ataxiques et syphilitiques peuvent avoir présenté avant l'apparition de leur syphilis des phénomènes incontestables de tabes.

Elle vient à l'appui de l'opinion de Charcot, qui refuse à la syphilis tout rôle efficient direct dans la production du tabes, n'admet pas le tabes syphilitique et fait, au contraire, jouer un rôle prépondérant aux antécédents nerveux du sujet, à sa prédisposition nerveuse.

Elle vient également à l'appui de l'opinion de Charcot qui, tout en refusant à la syphilis seule un rôle créateur suffisant pour former de toutes pièces « un tabes syphilitique », reconnaît volontiers que différentes causes morbifiques ou autres, la syphilis en particulier, peuvent hâter ou aggraver l'évolution du tabes, bien que celui-ci ne soit pas d'essence syphilitique.

L'observation de ce malade montre en effet que, chez lui, le tabes préexistant semble avoir été aggravé par une syphilis intercurrente.

DISCUSSION

M. A. Fournier : Un fait analogue à celui qui vient d'être produit a déjà été signalé par M. Debove, si je ne me trompe.

Au reste, peu importe. Car les faits de cet ordre n'auraient d'intérêt que si l'on avait jamais prétendu que la syphilis doit être considérée comme la cause *unique exclusive* du tabes. Mais jamais, que je sache, personne n'a émis une telle opinion. Pour ma part, j'ai simplement dit et écrit ceci : Que la syphilis sert d'origine au tabes dans la grande, la très grande majorité des cas. La syphilis, pour moi, est le grand affluent, l'affluent principal du tabes. Mais cette opinion n'implique en rien que le tabes ne puisse se produire qu'à la condition d'antécédents syphilitiques.

Aussi bien, n'est-il rien d'étonnant pour moi à ce qu'un sujet tabétique puisse contracter la syphilis. Cela ne m'émeut en rien, cela ne me touche en rien ; cela ne constitue pas une objection à la doctrine que j'ai produite et qui compte aujourd'hui de nombreux adhérents.

M. Leloir : Si M. Debove a observé un cas semblable sans le publier, cela ne présente aucune valeur scientifique, car les médecins et les savants ne peuvent avoir connaissance de toutes les conversations particulières que font entre eux les médecins.

Si M. Fournier a cru, bien que non cité, se reconnaître comme visé dans cette communication, il a eu bien tort. Nous ne faisons pas ici de la polémique, nous faisons de la science. Nous tâchons d'arriver à la vérité par tous les moyens possibles, et c'est rendre mauvais service à la science que de transformer les faits scientifiques en question de personnalité. Rentrons dans le domaine scientifique.

Comme on le faisait encore remarquer dernièrement dans le n° 28 de la *Semaine médicale* de 1889, à propos d'un travail de M. Germaix intitulé : « Observation de tabes à marche rapide traité au début, efficacité du traitement antisyphilitique à hautes doses, guérison persistante et complète, » dans beaucoup de ces prétendus tabes guéris, on peut se demander si l'on n'a pas affaire à une variété de ces pseudo-tabes dont les espèces augmentent tous les jours en nombre et dont quelques-uns ne partagent pas absolument le caractère d'incurabilité que tous les médecins compétents, les neuro-pathologistes, s'accordent à reconnaître aujourd'hui au tabes véritable.

Aussi, je le répète, faut-il toujours, lorsque l'on parle d'un cas de tabes guéri par le traitement antisyphilitique, ne pas oublier les propositions suivantes, qui sont le résumé de ce que j'ai entendu dire bien des fois par les Français les plus compétents en matière de tabes : Charcot, Brown-Séquard et mon regretté maître Vulpian, et de ce que j'ai pu observer moi-même.

1° Il ne faut pas confondre le véritable tabes avec une série d'autres maladies nerveuses qui lui ressemblent, de pseudo-tabes. — Ce diagnostic est parfois très difficile.

2° Dans bien des cas, le tabes vrai est sujet à des rémissions, parfois très prolongées, survenant sans raison bien appréciable.

Il ne faut pas attribuer une rémission au traitement employé comme le font trop souvent des médecins insuffisamment au courant de la neuro-pathologie, car ces rémissions se montrent dans le cours des traitements les plus variés, les plus divers, voire même en l'absence de tout traitement.

3° Dans certains cas, et plus souvent qu'on ne le pense, ainsi que me le faisait observer, il y a quelques mois, mon maître Charcot, et ainsi que j'ai pu l'observer chez un certain nombre de mes malades, le traitement antisyphilitique intensif prescrit à des tabétiques vrais, est préjudiciable aux malades, et vient même parfois aggraver leurs phénomènes tabétiques.

VII. Syphilis et paralysie générale,

par M. le Dr A. Morel-Lavallée (de Paris).

Dans un récent travail sur *la syphilis et la paralysie générale*, je me suis efforcé de mettre en relief les points suivants :

1° L'existence d'une *pseudo-paralysie générale* (ainsi décrite et dénommée par M. Fournier) est aujourd'hui hors de conteste. A l'instar d'autres encéphalopathies, la syphilis cérébrale réalise ce syndrome clinique, soit au moyen de lésions étalées sur l'écorce, soit même par des altérations limitées de l'écorce ou des lésions intra-cérébrales en foyer.

2° Mais il y a plus : la vérole figure dans les antécédents de la paralysie générale vraie avec une fréquence assez considérable et assez significative pour qu'on soit autorisé à conclure de là à une relation de causalité entre les deux maladies. Cette relation est encore démontrée :

a) Par ce fait que la proportion de syphilitiques chez les sujets atteints d'autres formes d'aliénation est beaucoup moindre ; à preuve les chiffres suivants, empruntés aux statistiques allemandes contenues dans le récent ouvrage de Rumpf ; parmi ses aliénés, Eickholt trouve la vérole 19.30 fois p. 100 chez les paralytiques généraux, 12 fois seulement chez les autres. Obersteiner, sur ses malades à lui, trouve 21.7 p. 100

dans le premier cas, et 4 p. 100 dans le second. Les chiffres de Reinhardt sont 73.3 et 16.7 p. 100, et ceux de Mendel 75 et 18 p. 100. Or, en admettant que ces auteurs se soient trompés en plus ou en moins dans la numération des antécédents syphilitiques, il est clair qu'ils ont eu autant de chances de se tromper pour les paralytiques généraux que pour les aliénés non paralytiques, et il reste donc bien établi que *la proportion de syphilitiques relevée chez les sujets atteints de paralysie générale est fort supérieure à celle que l'on retrouve chez les malades atteints d'autres formes d'aliénation.*

b) Par les statistiques qui établissent la *rareté de la démence paralytique dans les milieux où la syphilis est exceptionnelle.* Ainsi le Dr Camuset, directeur de l'asile de Saint-Alban (Lozère), n'a rencontré en dix ans, sur 200 malades, que 10 paralytiques généraux; or, l'alcoolisme et la syphilis sont à peu près inconnus dans ce pays.

Dans le même ordre d'idées, Mc. Dowall avait déjà fait des remarques fort intéressantes :

1° Depuis quatre-vingt-trois ans, à la York-Retreat, où l'on traite un nombre considérable de quakers, gens dont la pureté de vie est proverbiale, on n'a reçu que 3 cas de paralysie générale existant chez les membres de cette secte.

2° A l'asile de district d'Inverness, et à celui de Perth, tous les paralytiques généraux originaires des districts ruraux avaient toujours passé une partie de leur existence à la ville et avaient vécu de la vie des villes (soldats, employés de chemins de fer, etc.); or, l'ivrognerie, les excès sexuels, causes reconnues de la paralysie générale, sont fort répandus dans les Highlands, et pourtant ceux qui ne sont jamais sortis des montagnes natales ne prennent pas la paralysie générale; celle-ci est une maladie des villes, comme la syphilis.

C'est un fait connu qu'il y a peu de paralytiques généraux en Irlande; or, la vérole est rare dans ce pays, chose avérée à la *British medical Association.* En revanche, l'immunité des Irlandais pour la paralysie générale ne les suit pas en Amérique (Goldsmith), où ils doivent mener une vie moins patriarcale que dans leur patrie.

La démence paralytique, exceptionnelle chez les femmes des classes aisées, augmente beaucoup plus, par rapport au nombre des paralytiques hommes, dans les classes inférieures, où la syphilis reste moins souvent limitée, dans les familles, à la personne du mari.

3° La fréquence des antécédents syphilitiques relevés chez les paralytiques généraux augmente en raison des facilités qu'on a d'établir l'anamnèse.

4° Dans les cas où on ne trouve qu'un seul facteur à invoquer pour

l'étiologie de la paralysie générale, c'est — les statistiques d'Obersteiner l'ont prouvé — la vérole que l'on trouve le plus souvent.

5° La syphilis semble donc bien être une cause principale de la paralysie générale; mais il en est d'autres sans le concours desquelles elle est, à elle seule, impuissante ordinairement à produire cette affection; ce sont les excès sexuels, le surmenage, l'arthritisme peut-être, l'alcoolisme, et l'hérédité — hérédité alcoolique et surtout hérédité congestive. C'est ce qui a permis au Dr Régis de lancer la boutade suivante : *On pourrait presque à volonté faire des paralytiques généraux; il suffirait pour cela de prendre des fils d'apoplectiques et de leur inoculer la syphilis.*

Or, j'ai rapporté, avec mon collaborateur et ami le Dr Bélières, une observation qui porterait singulièrement à prendre au sérieux la proposition qui précède; je vous demande l'autorisation de la résumer :

Du mariage d'un sieur M..., riche, grand seigneur, viveur, ayant fait des excès de tout ordre, avec Mlle X..., intelligente, très religieuse, sont nés trois enfants :

L'aîné, quarante-sept ans, a toujours été excentrique, intelligence faible; — il est interné depuis 1858. — Tic nerveux de la face, timidité, pusillanimité excessive; a eu beaucoup de peine pour apprendre à lire et à écrire. Écriture bizarre; on dirait qu'il fait toujours des barres. — Refuse absolument de lire; sait-il lire? a fait des excès de boisson; pas de tremblement; incapable de gérer ses affaires, taciturne, méfiant, « *démence partielle* ». Congé d'un mois tous les ans.

Une sœur plus jeune, vivante, est épileptique; imbécillité intellectuelle; elle porte un bras atrophié depuis sa naissance.

Un frère cadet, mort à trente-huit ans, grand viveur, a dépensé des sommes considérables au jeu; très intelligent, très irritable. Dans un voyage, il a tué un homme du bord. *A eu la syphilis à vingt-deux ans*, accidents syphilitiques soignés par Bazin. Or, un domestique, actuellement au service du frère aîné survivant, nous apprend que ce malade a présenté *des alternatives de délire ambitieux et d'hallucinations terrifiantes : il voulait vendre l'Australie et l'Inde. Tout était en diamant et en or. Il a eu* 50,000 *véroles, sa maison était morte, etc., etc. Incohérence, embarras de la parole*; *inconscience, gâtisme.* Finalement, il est mort dans un château de l'Anjou ; M. Billod, qui l'a vu, a diagnostiqué *paralysie générale.*

Ainsi, sur ces descendants dégénérés d'une famille nerveuse, un seul sujet prend la syphilis et celui-là seul devient paralytique général.

La syphilis aurait donc non seulement une fâcheuse prédilection pour les centres nerveux, mais encore de la tendance à produire telle forme spécialisée d'altération du névraxe.

Le tabes syphilitique en est une première preuve. Or, n'est-on pas à

bon droit tenté d'en chercher une autre dans les rares exemples des *cas où la paralysie générale suit en apparence la syphilis communiquée d'un sujet à plusieurs autres?* Goldsmith, dans son intéressant mémoire lu au Congrès annuel des aliénistes américains tenu en 1885 à Saratoga, a dit avoir rencontré la paralysie générale (chez des familles soumises à son observation) dans des conditions telles qu'il est plus facile d'admettre là une origine syphilitique (pour expliquer ces faits), que d'y voir une simple coïncidence. Les voici :

1° Un « respectable » gentleman et sa femme contractèrent tous deux la syphilis ; tous deux furent atteints de paralysie générale, huit ou dix ans plus tard.

2° Un homme contracte la syphilis et la donne à sa femme ; une sœur de celle-ci, âgée de seize ans, et qui demeurait avec eux, prit aussi la syphilis. Le mari fut atteint de paralysie générale six ans après l'infection, la femme huit ans après, la sœur sept ans après, à vingt-trois ans.

Or, précisément une étrange coïncidence nous a permis, à M. Bélières et à moi, de recueillir une observation analogue ; elle est tellement curieuse que je demande encore au Congrès la permission de la résumer :

En mai 1870, la nommée Marthe X..., âgée de dix-huit ans, contracte la syphilis et la transmet à son amant, étudiant en médecine, A..., âgé de vingt-deux ans. Ce dernier se sépare d'elle, néglige tout traitement pendant le siège, continue ses études médicales tout en faisant des excès assez nombreux. Au bout de trois ans, à la veille de terminer ses études, il est pris de douleurs de tête violentes. Son caractère s'aigrit, il ne peut plus supporter aucun bruit, ne veut plus voir personne, pousse des cris, maigrit, s'étiole. Sur les conseils de M. Duguet, agrégé de la Faculté, qui, appelé en consultation, attribue tous ces phénomènes nerveux et ces désordres mentaux à la syphilis, il quitte Paris et meurt dans le marasme au bout de deux mois dans sa famille. Le diagnostic porté fut celui de « méningite syphilitique ».

En 1871, au mois de décembre, la même Marthe X... devient pendant un mois la maîtresse d'un second étudiant en médecine, M. B... et lui communique la syphilis.

Au bout d'un mois à peine, elle quitte M. B... pour un de ses amis, M. C..., et vit maritalement avec ce dernier pendant près de quatre ans.

Dans cette période, elle fait deux fausses couches.

Neuf ans après, M. C... qui, en 1881, reçu docteur, s'était établi dans le Midi, s'était marié, avait eu deux enfants vivants et bien constitués, commence à déraisonner, à devenir triste, sa parole s'embarrasse, il a des terreurs, sans délire bien franc. Le médecin aliéniste de son département (Lozère) diagnostique : paralysie générale progressive. Mort en 1882.

Quant à M. B..., qui avait contracté la syphilis avec la même femme en décembre 1871, après des études sérieuses, il s'est établi, marié, a eu aussi deux enfants, tous les deux vivants et robustes.

Au bout de quinze ans (1877), M. B... a commencé à délirer : il a voulu tuer ses enfants (qu'il adorait), on a été obligé de l'interner à Charenton avec un certificat déclarant qu'il était atteint de *paralysie générale à la suite de syphilis ancienne.*

Ce diagnostic a été confirmé par M. Christian, dans le service duquel le malade est récemment décédé (novembre 1888).

Un quatrième personnage, M. D..., avait aussi, étant élève de l'École centrale, pris la vérole avec Marthe X..., il est actuellement dans le Midi, chez ses parents, soigné pour une *paralysie générale progressive à forme mélancolique.* Il avait été soigné par MM. Belhomme et Fournier.

Détail complémentaire : Nous avons appris que la nommée Marthe X..., s'était mariée *légitimement* il y a trois ans et qu'elle avait un enfant très robuste, actuellement âgé de dix-huit mois.

Autre point à noter : aucun des quatre malades ne s'était soigné d'une façon sérieuse, et la syphilis dont ils étaient atteints n'avait jamais présenté de caractères de malignité bien tranchée.

Ainsi, quatre sujets ont pris de la même femme une syphilis (originairement bénigne), et pour tous les quatre s'en est suivie une psychopathie cérébro-méningée mortelle, laquelle pour trois d'entre eux a revêtu la forme de la paralysie générale.

J'ai pensé, Messieurs, bien qu'on ne puisse encore en tirer aucune conclusion, que ces faits, pour étranges qu'ils fussent, méritaient d'être soumis à votre appréciation, car s'il s'agit là d'un hasard, c'est en tout cas un hasard bien singulier, bien extraordinaire...

6° Si maintenant on admet que la démence paralytique dérive en nombre de cas de la vérole, présente-t-elle, dans ces cas, des caractères spéciaux ?

Oui, quand il s'agit de pseudo-paralysies; — oui encore, quand celles-ci sont, comme l'admet aujourd'hui M. Baillarger, suivies elles-mêmes de péri-encéphalite diffuse. Mais quand cette dernière éclate d'emblée, consécutivement à la vérole, il n'est pas toujours possible d'y retrouver exclusivement la forme mélancolique ou asthénique décrite d'abord comme spéciale.

VIII. Note sur la contagion syphilitique au delà de la période secondaire,

par M. le Dr L. Landouzy,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Tenon.

Le temps n'est pas encore loin de nous, où, dans l'enseignement de l'École aussi bien que dans la pratique, on niait la contagiosité des accidents secondaires syphilitiques. Actuellement, cette contagion ne fait plus contestation : par contre, si on admet la parfaite contagiosité des accidents secondaires, on croit et on professe partout que, quand un syphilitique en a fini avec les accidents secondaires, et que cinq ou six années de cure iodurée ont passé sur les accidents primitifs et secondaires, il n'y a plus d'autre possibilité, pour l'ex-syphilitique, d'infecter que suivant le mode héréditaire, le diathésique syphilitique ne pouvant plus être un agent de contagion directe, mais pouvant seulement faire souche de syphilitiques héréditaires.

La preuve qu'on pense généralement que la contagion directe n'est plus à redouter de la part du syphilitique qui en a fini avec les accidents secondaires, c'est qu'on permet audit syphilitique de se marier : on ne craint plus qu'il donne la vérole à sa femme, les seules réserves qu'on garde visent la possibilité d'une syphilis héréditaire ?

Cette manière de voir, pour s'appliquer justement à la très grande majorité des cas, n'est peut-être pas aussi exacte et aussi absolue qu'on se l'imagine. Il est tels cas observés en clinique qui nous forcent à nous demander si, dans certaines conditions de virulence et de terrains, la syphilis ne pourrait pas être directement contagieuse et transmissible au delà de la période secondaire?

Dans quatre cas, nous croyons avoir surpris la contagion syphilitique directe, de mari à femme, au delà de la période secondaire. Parmi ces quatre cas, deux, par certains côtés, pouvaient prêter à discussion, nous n'en parlerons pas, et nous ne citerons que deux faits qui se sont présentés à nous dans des conditions telles, qu'il n'y a guère place à l'erreur, et qu'il serait vraiment par trop commode d'expliquer la contamination uxorale par un simple concours d'infidélités conjugales.

Premier fait. — Un jeune homme est soigné par nous d'un chancre infectant de la verge des plus nets.

Au chancre font suite, quelques semaines et quelques mois après, roséole, céphalées, pléiades ganglionnaires indolores, plaques muqueuses. Les accidents secondaires s'atténuent et disparaissent rapidement

sous l'influence d'un traitement intensif mercuriel et ioduré alternant. Plusieurs cures à des eaux sulfureuses et plusieurs longs traitements iodurés sont faits pendant les quatre années qui suivent l'infection.

Santé générale parfaite ; constitution vigoureuse ; absence rigoureusement et fréquemment constatée de la moindre affection cutanée ou muqueuse.

Avec l'autorisation du professeur Fournier, le jeune homme se marie.

Au bout de quelques semaines de mariage, la jeune femme souffre de quelques « irritations douloureuses vulvaires ».

Après quelques jours de soins locaux pris sur la recommandation maternelle, la guérison ne survenant pas, l'examen des parties est demandé.

Nous constatons une large induration non ulcéreuse de la grande lèvre droite, avec pléiade ganglionnaire inguinale droite : au milieu de la chaîne ganglionnaire, se détache un ganglion assez isolé et volumineux.

En dépit de soins locaux, de grands bains, d'injections, d'abstention de rapports sexuels, de repos, les ganglions persistent à droite et apparaissent dans l'aine gauche.

Peu de temps après, — quelques mois seulement se sont écoulés depuis le mariage, et les règles n'ont pas cessé d'être parfaites, — fatigue générale, amaigrissement, pâleur, fébricule, maux de tête vespérins, mal de gorge, roséole étendue, surtout aux parties inférieures du thorax, à l'abdomen, aux lombes et aux cuisses.

Des pilules de protoiodure et l'iodure de potassium amendent rapidement l'état général et éteignent les accidents locaux.

Cependant, le mari très soigneux de sa personne, très au courant des choses vénériennes, hanté par le spectre de la syphilis, n'avait jamais rien remarqué sur lui, n'avait jamais souffert, et, pas un seul jour n'avait été même gêné dans les rapports sexuels. Interrogé par nous avec minutie et réexaminé de pied en cap, dès l'apparition des accidents vulvaires de sa femme, le mari ne nous a présenté aucune lésion récente ou ancienne de la verge ou des bourses.

En présence d'un pareil fait, dans un milieu bien connu de nous, chez une jeune femme atteinte d'un chancre vulvaire, après un mariage tout récemment contracté (avec un mari à peine sorti de sa cinquième année de syphilis), nous nous sommes demandé, s'il ne s'agissait pas là simplement d'une inoculation vulvaire directe, le mari nous paraissant avoir pu donner la vérole à sa femme — chancre vulvaire droit — à la faveur d'une inoculation sanguine, les premiers rapprochements

ayant déterminé chez le mari, indemne de tous accidents appréciables, quelque insignifiante érosion?

Nous n'ignorons pas que certains médecins plus sceptiques encore en matière de fidélité conjugale qu'en matière de médecine, trouveront facilement moyen d'expliquer ici la syphilis de la femme.

Pour nous, la chose paraît plus délicate : les conditions bien spéciales dans lesquelles les choses se sont passées et ont été observées font que nous ne nous sommes pas contenté de l'explication que maints confrères ne manqueront pas de nous fournir.

Nous nous demandons, si le mari, directement, par rapprochements immédiats, par contamination sanguine, n'a pas pu infecter sa femme au delà de la période secondaire, plus de cinq ans après l'apparition de son chancre, plus de trois ans après que toute manifestation syphilitique avait cessé d'être appréciable?

Second fait. — Il s'agit d'un monsieur, frisant la cinquantaine (traité vers la trentaine par Ricord, pour un chancre infectant de la verge), se présentant à nous avec une ulcération anfractueuse, suppurant, intermédiaire au gland et au prépuce, ulcération que nous diagnostiquons gomme syphilitique, diagnostic confirmé le jour même par le professeur Fournier.

Aucune autre lésion que cette gomme, qui, à en juger par les dimensions de l'ulcération anfractueuse devait bien avoir eu le volume d'une amande. Au dire du malade, « l'affaire de la verge » serait survenue lentement, augmentant progressivement à la suite des rapports sexuels fréquents et ardents avec sa jeune femme.

Celle-ci, examinée par nous, quarante-huit heures après la visite du mari, est atteinte :

1° De pléiades ganglionnaires multiples indolores des aines et du cou (surtout développées dans les aines, plus du côté droit que du côté gauche);

2° D'une superbe roséole presque généralisée.

Nulle part, nous ne trouvons de plaques muqueuses, et, en dépit d'une petite érosion superficielle vulvaire droite, nous ne pouvons savoir par où est entrée la syphilis : la jeune femme dit bien qu'elle a eu un petit bouton à la grande lèvre droite, mais, de ce bouton, nous ne pouvons reconstituer ni le siège, ni l'étendue, ni la date d'apparition, ni la nature?

Quelques mois après, en dépit du traitement ioduré, des plaques muqueuses vulvaires, anales, gutturales et linguales, apparaissaient chez la jeune femme.

Cependant, la gomme de la verge, traitée localement avec le Vigo,

disparaissait rapidement : le sirop de Gibert d'abord, l'iodure de potassium ensuite, faisaient qu'aucun accident syphilitique n'apparaissait plus chez le mari.

Dans ce second cas, comme dans le premier, pendant qu'une syphilis (tertiaire celle-ci) était surprise chez le mari, une syphilis toute récente était vue chez la femme, quelques mois après les premiers rapports sexuels ?

Ces deux faits nous ont paru des plus intéressants et des plus suggestifs : nous avons tenu à les exposer tels quels au Congrès, afin d'apprendre de nos maîtres et de nos collègues, si nos deux observations n'étaient pas de nature, sinon à résoudre, au moins à poser la question — si importante en doctrine et en pratique — de savoir, si, dans certaines conditions de virulence, la syphilis ne pourrait pas être contagieuse au delà de la période secondaire, alors que le diathésique syphilitique peut se croire si bien guéri qu'il est considéré comme inoffensif, et qu'on hésite à lui refuser le droit de se marier?

DISCUSSION

M. Hardy : Cette communication est des plus intéressantes pour l'histoire de la syphilis. En effet, on a d'abord nié la contagiosité des accidents secondaires, et voilà qu'il nous faut nous demander aujourd'hui si les accidents tertiaires eux-mêmes ne sont pas contagieux!

J'ai vu, pour ma part, deux faits qui confirment le dire de M. Landouzy sur la contagion possible de la syphilis en dehors de *toute manifestation extérieure.*

M. Leloir (de Lille) : Les importantes communications précédentes de MM. Hardy et Landouzy prouvent que, ainsi que je l'ai dit et écrit bien des fois, non seulement la *division de la syphilis* en périodes :

1° Primaire,

2° Secondaire,

3° Tertiaire,

est *mauvaise*, au point de vue clinique, mais qu'elle est *dangereuse.*

Elle est *dangereuse*, car beaucoup de médecins croient (cela est écrit dans les traités les plus classiques) que les accidents dits tertiaires ne sont pas contagieux.

Or, rien n'est moins prouvé pour les syphilomes non résolutifs des périodes plus ou moins tardives que l'on qualifie encore, et à tort, de *tertiaires.*

M. A. Fournier : L'importante question que M. Landouzy vient de soulever me préoccupe, moi aussi, depuis longtemps, et récemment j'ai vu un cas analogue aux siens. Le voici : Un jeune homme contracte, *il y a quinze ans*, une vérole banale du reste comme évolution. Il se traite, guérit et me demande la permission de se marier. Après son mariage, il eut des accidents pulmonaires, spécifiques selon toutes probabilités, puis une glossite scléreuse : sa langue était indurée et il avait fréquemment à ce niveau de très petites érosions. C'était un enragé fumeur. Je le prévins des dangers qui menaçaient sa femme. Deux ans après, il me la conduisit : elle était atteinte d'un chancre de la lèvre inférieure, escorté de symptômes secondaires des plus nets. Lui-même ne présentait que d'insignifiantes érosions linguales.

Inutile de dire que sa femme est au-dessus de tout soupçon, et d'ailleurs cette coïncidence du chancre labial et d'érosions linguales est suffisamment significative.

M. Arnozan (Bordeaux) : Je puis citer le fait suivant :

Un jeune homme a la syphilis en 1880 (chancre dur, plaques muqueuses, syphilides, etc., il est traité pendant trois ans environ, avec des intermittences (mercure et iodure), paraît guéri, reste trois ans de plus sans présenter d'accidentet se marie (six ans après l'infection). Il a un enfant bien portant. En 1888, il présente une paralysie faciale, une éruption suspecte, des accidents nerveux, graves (céphalée, coma) et même sa femme est devenue enceinte, au début du retour des accidents; elle présente au cours de sa grossesse des éruptions syphilitiques très nettes, est traitée par le mercure et l'iodure, et accouche à terme d'nn enfant petit, mais ne présentant aucune lésion apparente. »

M. Balzer : Il ne faut pas oublier que les *plaques muqueuses*, cette lésion contagieuse au premier chef, peuvent se manifester presque indéfiniment par poussées successives. Ainsi, j'observe une jeune fille de *seize ans*, hérédo-syphilitique, qui, *depuis sa naissance*, a presque constamment des plaques muqueuses de la bouche.

M. Zambaco : La question que vient de soulever le remarquable travail de M. Landouzy est de la plus haute gravité.

Les accidents tertiaires sont-ils transmissibles? Son second malade a-t-il eu réellement une gomme de la verge? N'aurait-il pas eu plutôt un accident primitif qui, restreint dans son existence locale chez un individu syphilisé déjà par sa vérole constitutionnelle antérieure, a inoculé l'épouse vierge de syphilis? Un seul fait de ce genre, tout isolé, ne suffit pas

pour renverser toutes nos croyances et pour troubler toutes nos convictions.

L'attention se trouve actuellement éveillée, grâce à la communication de notre savant confrère; il faudra absolument rechercher les faits analogues avant de prononcer le délai de la transmission des accidents tertiaires.

Mais ce qui est difficile, je dirai même impossible d'accepter, c'est la conclusion tirée du second fait exposé par M. Landouzy.

Voilà un homme qui a eu la syphilis constitutionnelle, il y a sept ans, si je ne me trompe ; il est traité avec succès ; et depuis cette époque il n'a jamais plus eu la moindre manifestation diathésique ; il se marie après autorisation de son médecin, fondée sur un examen méticuleux négatif ; eh bien, sa jeune épouse, peu de temps après le mariage et sans devenir enceinte, se trouve inoculée par le mari, dont la syphilis était en puissance, mais en puissance supposée, silencieuse, car cet homme n'a pas eu jusqu'à présent la moindre expression de cette syphilis larvée. J'avoue que cette théorie nous déconcerte et nous désolerait si elle était prouvée vraie. J'ai eu aussi dans ma clientèle deux cas inexplicables ou qui conduiraient aussi à des conclusions subversives. Je ne citerai que le plus récent, qui s'est passé il y a six ans envron : La demoiselle d'une très honorable famille, sur laquelle ne pourrait planer le moindre soupçon d'infraction, pas plus que sur la malade de M. Landouzy, se marie et deux mois et demi après le mariage, je suis appelé pour constater chez elle tous les signes d'une syphilis constitutionnelle indiscutable : éruption papuleuse confluente, adénopathie inguinale et cervicale, plaque muqueuses de l'arrière-gorge...

Le mari, cruellement accusé et maltraité par la belle-mère, n'a eu pour toute peccadille qu'une simple chaudepisse légère, dix ans avant son mariage ! Comment cette jeune épouse, dont rien n'autorise à soupçonner la conduite, a-t-elle été infectée ? Un verre, une cuillère, un ustensile quelconque... Je ne saurais le dire ; mais, dans aucun cas, on ne peut accuser le pauvre mari qui s'avouait coupable et que j'ai dû, pour sauver la situation, soumettre aussi à un traitement antisyphilitique. Faudrait-il conclure de ce fait qu'une chaudepisse, contractée il y a dix ans, a donné la vérole à la jeune épouse ?

IX. D'une cause déterminante, peu connue, de stomatite mercurielle et de son traitement,

par M. le Dr L. Le Pileur (de Paris).

Parmi les causes ordinaires et même habituelles de stomatite mercurielle, la plus fréquente, sans contredit, est constituée par l'état pathologique des dents : carie du collet, périostite alvéolo-dentaire (1), tartre, etc., toutes causes déterminant une gingivite plus ou moins intense que l'élimination du mercure par la salive ne tarde pas à transformer en stomatite.

Le premier soin d'un médecin, que vient trouver un syphilitique, doit donc être de s'occuper de la bouche du malade et de prescrire à celui-ci, en plus des soins ordinaires, une visite au dentiste, lequel procédera, s'il y a carie, à l'obturation; s'il y a périostite, à l'extraction de la dent ou des racines; enfin, s'il y a du tartre, à un nettoyage sérieux de la bouche, c'est-à-dire au raclage énergique et sous-gingival de toute la portion sus-alvéolaire des dents; après quoi seulement le traitement pourra être commencé.

Mais il existe encore d'autres causes prédisposantes et, en dehors du scorbut, du diabète, de l'albuminurie ou de toute autre diathèse, à laquelle la gingivite puisse être rapportée, on se trouve, parfois, en présence d'un *état pathologique et chronique des gencives*, qui, malgré son peu de gravité apparente, n'en est pas moins un obstacle presque surmontable à l'administration du mercure.

Les dentistes l'observent constamment, mais quoique M. Després l'ait signalé dans sa *Chirurgie journalière* à propos de la chute prématurée des dents saines, je ne crois pas que cette lésion ait jamais été étudiée au point de vue de la syphilis et de son traitement.

Je veux parler d'une gingivite légère, simple, essentielle, manifestée par un petit bourrelet et un liséré d'un rouge assez vif occupant le bord libre des gencives. Ce bourrelet et ce liséré, caractères de toutes les gingivites au début, ne s'observent qu'au niveau des dents de devant, surtout à la mâchoire inférieure. On peut rencontrer cet accident dans des bouches absolument saines, sur des gencives que le tartre n'a

(1) Je me sers de cette expression parce qu'elle est habituelle et désigne une affection connue. Cependant, comme il est admis aujourd'hui qu'il n'y a pas de *périostite dentaire* par la raison que les dents n'ont pas de *périoste* et sont unies aux alvéoles par des ligaments qui constituent une *gomphose*, c'est *arthrite dentaire* qu'il faudrait dire et non *périostite*.

jamais irritées. Enfin, il est rebelle à tous les topiques et à toutes les précautions usitées en des cas analogues.

Sans m'arrêter à l'étiologie, que je ferai mieux comprendre par l'observation qui va suivre, je vais raconter à quelle occasion mon attention a été attirée de ce côté.

Un jeune homme de vingt-deux ans, porteur d'un chancre syphilitique en réparation, ayant déjà un commencement de roséole et des syphilides amygdaliennes légères, vint me trouver en mai dernier. Le bord libre des gencives, au niveau des incisives et des canines inférieures, présentait un léger épaississement et un liséré rouge que je croyais causé par le tartre, malgré l'aspect favorable des dents qui, mal rangées, étaient pourtant saines et bien tenues.

Je prescrivis 75 milligrammes de proto-iodure par jour, mais j'exigeai qu'auparavant le malade se fît nettoyer les dents. Quand je revis mon client, il avait ponctuellement suivi ma prescription et s'était du reste adressé à un homme particulièrement compétent, à M. le Dr Pietkiéwicz. Cependant le liséré rouge n'avait pas disparu.

Pendant quinze jours tout alla bien, mais le seizième, je remarquai une augmentation notable de la gingivite ; il existait de la sensibilité au niveau des grosses molaires et l'haleine de la stomatite n'était pas méconnaissable.

Je renvoyai le malade chez M. Pietkiéwicz avec prière à celui-ci de pousser plus avant le grattage, si besoin était. Mais mon confrère me répondit qu'il n'existait là aucun corps étranger capable de provoquer la gingivite et qu'il n'y avait même jamais eu de tartre, comme il avait pu s'en assurer lors du premier examen. Je fus alors extrêmement embarrassé. Beaucoup de syphilitiques sont rendus hypocondriaques par le début du mal qui les effraye et les abat au physique et au moral. On leur promet la guérison, dans un temps plus ou moins long, c'est vrai, mais enfin on la leur promet, s'ils suivent exactement nos prescriptions, qui consistent surtout dans l'usage du mercure. Venir leur dire qu'il faut suspendre la médication à peine commencée, au début ! c'est, malgré les périphrases dont on a soin d'entourer ce verdict, faire, devant eux, un aveu d'impuissance tout à fait désespérant.

Je regardais donc cette bouche et ces gencives malades, sans savoir comment sortir de ce pas difficile, quand, après avoir prescrit la cessation du traitement, je m'arrêtai à l'idée suivante que j'avais déjà envisagée sans oser y insister.

Les incisives inférieures étaient tellement serrées par les canines que celles-ci, comprimées par les prémolaires, sur lesquelles venaient butter les grosses dents, chevauchaient sur les incisives. La prémolaire de

chaque côté recouverte en grande partie par la première grosse molaire avait l'aspect d'un coin à sommet supérieur.

Cette disposition vicieuse due au peu d'amplitude de la courbe du maxillaire inférieur se produit, en général, après l'éruption des grosses molaires. Alors les canines faisant leur éruption sont chassées en dedans ou plus souvent en dehors de l'arcade dentaire, poussant à leur tour, vers la symphise, les incisives qu'elles compriment et sur lesquelles elles viennent chevaucher quand celles-ci résistent. Les dents croissent quand même, mais dans une mauvaise direction et en se comprimant de plus en plus en raison du développement que prennent les racines.

Il est alors assez naturel de penser que cette compression réciproque agit sur le périoste et sur les vaisseaux. Les alvéoles, les racines des dents comprimées, les lames inter-alvéolaires, deviennent le siège d'une inflammation congestive qui se transmet directement au bord libre de la gencive, intimement lié au périoste alvéolo-dentaire et y produit un trouble circulatoire manifesté par l'épaississement et la turgescence plus ou moins vive de ce bord.

Que fallait-il faire dans le cas dont je parle, non seulement un fil n'aurait pu passer entre les prémolaires et leurs voisines, mais on se demandait même, vu le recouvrement partiel dont j'ai parlé plus haut, ce qu'il adviendrait si les dents de sagesse venaient jamais à faire leur éruption? Une périostite importante pouvait en être la conséquence, sans parler de l'impossibilité absolue de reprendre tout traitement mercuriel.

Ces diverses considérations, l'âge du malade (vingt-deux ans) qui, imberbe, pouvait encore espérer légitimement une modification heureuse dans sa denture, m'engagèrent à lui proposer l'avulsion d'une dent de chaque côté. Il accepta, et je demandai à M. Pietkiéwicz d'enlever les deux prémolaires inférieures. L'opération fut laborieuse, et la clé de Garangeot permit seule de luxer ces deux dents maintenues comme dans un étau entre leurs deux voisines.

Le résultat fut aussi merveilleux qu'immédiat. Deux jours après, non seulement le commencement de stomatite, mais encore toute trace de gingivite, avait disparu. Au bout de quinze jours, on se demandait comment des dents d'un pareil volume avaient pu tenir là, tant l'espace qu'elles avaient occupé était réduit. Je laissai se cicatriser les plaies alvéolaires et le malade recommença le traitement à sa grande joie. Depuis ce temps, aucun accident n'est venu l'interrompre.

De cette observation, il me paraît résulter ceci :

1° Que la compression réciproque des dents peut, ainsi que l'a dit M. Després, devenir une cause de gingivite.

2° Que sans vouloir généraliser le cas en question, sans désigner plus particulièrement la ou les dents à extraire (1), sans surtout ériger en principe l'avulsion d'une ou plusieurs dents comme traitement de cette gingivite, il y a lieu d'attirer l'attention des syphiligraphes sur ce sujet et, dans certaines circonstances spéciales et bien déterminées, d'employer le moyen qui m'a réussi.

X. Chancre syphilitique sans adénopathie,

par M. Djélal Mouhktar (de Constantinople).

Nous devons à l'obligeance de notre excellent et cher maître, M. le professeur Fournier, de pouvoir présenter au Congrès l'observation d'un cas de chancre syphilitique sans adénopathie, observé dans le service de la Clinique :

G. L..., âgée de vingt ans, bijoutière de profession, entre le 13 juillet 1889, à la salle Henri IV.

Pas d'antécédents héréditaires. Réglée à douze ans, mariée il y a huit mois, elle est enceinte de sept mois.

Elle fut traitée à l'hôpital Saint-Antoine, au mois de mai dernier, pour un érysipèle de la face.

Elle dit avoir remarqué, à la fin du mois de mai, des érosions sur la verge, et quelque temps après des boutons sur le corps de son mari. (Il nous a été impossible de voir celui-ci, malgré les nombreuses démarches que nous avons faites à ce sujet.)

Les derniers rapports remontent au 10 juin. Le 18 juin, elle constatait une petite érosion au niveau de la partie moyenne du sillon qui sépare la grande lèvre de la petite lèvre droite.

Depuis ce temps, cette érosion n'a fait que s'agrandir. A son entrée à l'hôpital (13 juillet), on constate à cet endroit une érosion de la grosseur d'une amande, à fond rougeâtre, sans bords, à base parcheminée et présentant tous les caractères du chancre syphilitique.

On ne trouve pas d'adénopathie dans les aines ; c'est à peine si une recherche des plus minutieuses et souvent répétée peut faire découvrir à l'aine droite un tout petit ganglion absolument insignifiant et sans caractère.

De plus, on remarquait sur le tronc quelques taches ressemblant à une roséole naissante ; le 24 juillet, cette roséole devient des plus manifestes. Il existe, en outre, des douleurs nocturnes, de l'insomnie.

(1) En stomatologie, il est admis que c'est la première grosse molaire de chaque côté des deux maxillaires qui doit être sacrifiée de préférence.

La nature du chancre ne saurait être douteuse.

Aujourd'hui le chancre est cicatrisé, la roséole atténuée, et on perçoit encore ce petit ganglion dont nous avons parlé.

Ce cas de chancre syphilitique sans adénopathie manifeste présente un certain intérêt à cause de sa rareté; c'est à ce titre que nous avons jugé intéressant de le présenter au Congrès.

XI. Sur les formes graves de la syphilis,

par M. le Dr G. Baudouin.

Dans les remarquables communications qui ont eu hier pour sujet le tertiarisme, il m'a paru qu'on accordait une part peut-être trop prépondérante à ce stade de la vérole dans l'appréciation de la gravité de cette maladie, et qu'il ne fallait pas laisser dans l'ombre les cas où la syphilis se montre dès le début avec une sévérité d'allures inquiétante. C'est en tenant compte de ce dernier ordre de faits que l'on peut et l'on doit diviser en deux catégories les formes graves de la syphilis.

En effet, à côté des syphilis que l'on qualifie volontiers de *moyenne* et *bénigne* même (non sans préjuger un peu prématurément du pronostic), il n'est pas rare d'en voir dans lesquelles le tableau pathologique subit une accentuation qui peut prêter à des interprétations variables.

Si, par exemple, nous assistons à une éruption secondaire franchement érythémateuse rapidement généralisée, qu'au milieu de celle-ci paraissent des papules larges, rapidement squameuses ou humides, qu'il survienne une série de poussées éruptives successives, rapprochées, empiétant même les unes sur les autres; que nous ayons affaire à des syphilides résistant au traitement telles que les syphilides papulo-granuleuses ou lichénoïdes, nous serons en présence d'une *syphilis seulement intense*. Il en sera de même si les phénomènes généraux du début, la fièvre, l'amaigrissement, l'hypoglobulie ne dépassent pas certaines limites.

Mais que ces phénomènes de dénutrition secondaire persistent, s'exagèrent au point de menacer la vie des malades ou seulement de compromettre leur avenir, alors la syphilis deviendra véritablement *grave*.

Ainsi que le rappelait, il y a un an, un travail de M. Morel-Lavallée, la maladie peut, en effet, dès la période secondaire, sans le concours du

tertiarisme, avant même l'apparition de toute éruption secondaire, revêtir la forme la plus grave par le seul fait de l'exagération des symptômes généraux de cette période. Les observations de notre cher maître, M. le professeur Fournier, qui a tant insisté sur ce sujet, de Notta, de Morin, de Morel-Lavallée, nous prouvent à quel degré de sévérité peut atteindre la fièvre, cette typhose syphilitique, et quel énorme retentissement elle peut avoir sur la santé générale. A côté de ces faits, nous en signalons d'autres qui se sont fait remarquer, soit par une asthénie avec des phénomènes nerveux graves, soit une chloro-asthénie avec fièvre et amaigrissement, soit enfin par une véritable dénutrition pernicieuse se traduisant par un amaigrissement considérable et une perte de poids énorme, de 38 et 40 livres même, en deux mois.

De même, la *syphilis* devient *grave*, du jour où le tertiarisme fait son apparition. Il est vrai que les accidents de cet ordre ne comportent pas toujours un danger immédiat, car une gomme développée sur la peau ne saurait être appréciée au même taux de gravité qu'une gomme du cerveau. Néanmoins, il y aura toujours là cet avertissement que la maladie est entrée dans l'ère des lésions profondes, destructives, ainsi que nous l'a rappelé M. Leloir, et susceptibles enfin de se reproduire indéfiniment, comme en témoigne la statistique si éloquente que le professeur Fournier vous a exposée hier.

Mais l'infection spécifique peut choisir différemment, suivant les divers individus, le théâtre de ses déterminations. C'est ainsi que parfois, fréquemment même, elle se cantonne d'une façon presque exclusive dans les viscères, constituant la *syphilis viscérale* susceptible de revêtir elle-même autant de formes variées que de localisations spécifiques prédominantes (syphilis rénales, nerveuses, etc.). Dans d'autres cas enfin, la maladie témoigne de sa gravité par des manifestations multiples et profondes à la fois du côté des téguments et des viscères, sorte d'explosion générale et simultanée d'une infection intense dans toutes les parties de l'organisme. Ce sont les formes auxquelles nous conserverons la désignation de *syphilis malignes*, malgré l'insuffisance de l'expression.

Les caractères de gravité, dans ces deux dernières classes de syphilis, se révèlent tantôt à une époque plus ou moins éloignée du début de la maladie, celle-ci devenant *viscérale* ou *maligne* avec l'apparition du tertiarisme dans les délais légaux, classiques, tantôt au contraire *prématurément*, c'est-à-dire dans les délais consacrés à la période secondaire, alors nous avons affaire aux formes graves précoces : *syphilis viscérales précoces, syphilis malignes précoces.*

En effet, contrairement à l'ancienne opinion d'après laquelle la vérole

envahit l'organisme progressivement des parties superficielles vers les parties profondes, la syphilis secondaire, comme l'a dit notre excellent maître, est pour le moins aussi viscérale dans ses manifestations que la syphilis tertiaire. Aussi, en raison des observations nombreuses publiées par nous et d'autres, n'hésitons-nous pas à accepter une forme *viscérale précoce* de la maladie, susceptible comme la première de revêtir différents types, suivant le siège des déterminations splanchniques, par exemple formes rénales, cérébrales, etc.

Quant aux *syphilis malignes précoces*, cette modalité grave de la maladie est constituée par les cas où, au lieu d'accomplir son évolution méthodiquement en périodes distinctes, elle précipite sa marche de telle sorte que celles-ci se confondent. Les accidents tertiaires, apparaissant alors prématurément, se mêlent aux accidents secondaires. Souvent même, dès le début, les éruptions spécifiques prennent des formes franchement destructives, ulcéreuses, affichant ainsi de bonne heure la malignité de l'infection, et sa tendance à une évolution suraiguë.

Dans les syphilis *malignes précoces*, nous avons été frappé de la dénutrition profonde, effrayante parfois, que subit le malade, et qui s'accuse rapidement par un amaigrissement considérable, une pâleur excessive de la peau, une véritable cachexie. Dans ces formes, de même que dans les syphilis secondaires graves, et dans les syphilis viscérales précoces, en soumettant les malades à des pesées successives, avec M. Morel-Lavallée, et en mesurant (à l'aide de la méthode hématoscopique d'Hénocque), la richesse du sang en oxyhémoglobine et l'activité des échanges gazeux entre le sang et les tissus, nous avons obtenu des résultats intéressants qui seront publiés plus en détail ultérieurement. Mais dès maintenant nous croyons devoir signaler ce fait que dans les trois formes de syphilis les variations de poids ont toujours suivi l'évolution de la maladie; nous avons vu le chiffre de l'oxyhémoglobine du sang augmenter et l'activité des échanges gazeux s'accroître à mesure que le poids augmentait et que l'état local et la santé générale des malades s'amélioraient.

Ainsi donc, et pour nous résumer, nous pensons que dans un tableau général de la syphilis, il y a lieu, à côté des formes *normales* de la maladie, de faire une classe des syphilis *anomales*, celles-ci comprenant elles-mêmes deux grandes subdivisions : d'une part les syphilis *intenses*, d'autre part, les *syphilis graves*. Parmi ces dernières, les unes ne présentent leurs caractères de gravité qu'à une époque plus ou moins éloignée du début de la maladie (ce qui, on le sait, empêche de porter dès le début aucun pronostic sur l'évolution totale de la syphilis); dans les

autres, au contraire, ils se montrent prématurément — ce sont les syphilis *graves précoces*. — Parmi ces dernières, enfin, nous distinguerons trois types :

Les syphilis *secondaires dénutritives*,

Les syphilis *malignes précoces*,

Les syphilis *viscérales précoces*.

Mais on ne peut s'empêcher de faire rentrer dans les formes graves les cas où une manifestation même discrète, solitaire, du tertiarisme, vient par sa localisation porter une atteinte sérieuse à l'organisme. Or, ce fait se produisant journellement dans la syphilis à début en apparence bénin, justifie ce mot classique « qu'en fait de vérole le présent ne saurait jamais être le miroir de l'avenir ».

XII. La syphilis cérébrale précoce à forme hémi-anesthésique et les lésions syphilitiques des artères cérébrales,

par M. le Dr Schmitt,

Agrégé, chargé de la clinique des maladies syphilitiques et cutanées à la Faculté de médecine de Nancy.

Sept observations cliniques personnelles, dont deux suivies d'autopsie, et l'étude de nombreuses préparations microscopiques par notre collègue le Dr Baraban, chargé du cours d'histologie, nous permettent les conclusions suivantes :

1° A côté des formes classiques de la syphilis cérébrale, il en est une se traduisant surtout par une *hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle*, analogue à celle qui résulte des lésions vulgaires du carrefour sensitif de la capsule blanche interne et indépendante de toute origine hystérique, saturnine, etc.

2° Cette forme hémi-anesthésique peut être *pure ou associée à des troubles moteurs hémiplégiques*, ceux-ci n'ayant, dans ce cas, comme importance et comme époque d'apparition, que la valeur d'un épiphénomène.

3° Dans cette forme, la sensibilité peut être atteinte dans tous ses modes ; une *variété spéciale porte surtout sur la sensibilité à la douleur*.

4° La forme hémi-anesthésique peut se rencontrer dès *le quatrième mois de l'infection* et ne cède que lentement au traitement spécifique.

5° Comme la forme paralytique, la forme hémi-anesthésique paraît

reconnaître comme substratum anatomique une lésion spécifique des artères cérébrales.

6° La lésion syphilitique des artères est manifestement de nature *inflammatoire*. L'inflammation peut porter sur les trois tuniques, mais elle intéresse plus spécialement la *tunique interne* et y débute *dans la lame élastique* dont les éléments irrités parviennent à constituer, *sous l'endothélium et sans sa participation*, une zone fibreuse lamellaire plus ou moins épaisse qui rétrécit graduellement le calibre vasculaire.

7° Habituellement, l'inflammation *d'emblée subaiguë* est insuffisante à provoquer la chute de l'endothélium; l'artère reste perméable avec une lumière plus ou moins rétrécie; mais par moments et par places, il se fait de petites recrudescences locales, de *véritables poussées aiguës* avec formation de nodules embryonnaires et, consécutivement, desquamation endothéliale, puis thrombose.

8° L'inflammation de la tunique externe évolue parallèlement à l'endartérite.

9° La musculeuse ne devient malade que quand le vaisseau s'oblitère; elle peut disparaître alors par une sorte de dégénérescence hyaline.

10° Contrairement à ce qui se passe dans l'athérome, les produits de néoformation de l'artérite syphilitique *ne sont pas susceptibles de dégénérer*. Tout au plus, l'athérome peut-il être une cause d'appel des lésions spécifiques; ainsi s'expliquerait l'influence attribuée à l'alcoolisme, au saturnisme, dans la production de la syphilis cérébrale.

SAMEDI 10 AOUT. — SÉANCE DU MATIN

Section de dermatologie (*salle de conférences*).

PRÉSIDENTS : MM. **Kalindero** et **Olavide**.

---

1. Note sur les pertes subies par l'organisme dans les affections cutanées exfoliantes,

par M. le Dr CH.-E. QUINQUAUD.

Depuis longtemps, on mesure les variations des déchets organiques éliminés par les poumons et par les reins; mais l'étude des pertes par la desquamation cutanée est presque tout entière à faire.

Ici, comme ailleurs, il faut se servir de procédés rigoureux qui nous permettent d'arriver à des résultats positifs. On recueille les squames de vingt-quatre heures restées dans les draps du lit ou qui peuvent tomber sur d'autres alèzes placées sous le lit et de chaque côté ; on pèse exactement ces exfoliations. Nous avons noté 5 à 6 grammes par jour dans les psoriasis peu étendus, 10 grammes dans le psoriasis de moyenne intensité, 50 à 60 grammes dans la dermatite exfoliatrice, 15 à 25 grammes dans le pemphigus foliacé.

Après les avoir finement sectionnées et pulvérisées dans un mortier, nous en plaçons quelques grammes dans une étuve à 120 degrés pendant trois semaines au moins, pour évaluer *la quantité d'eau.*

Voici des chiffres indicateurs :

On place dans un creuset de porcelaine préalablement taré, 1 gr. 6585 de squames non desséchées provenant du n° 16 de la salle Lorry, femme

atteinte d'un psoriasis à desquamation abondante. La quantité d'eau est de 1 gr. 0828, ce qui donne pour le résidu solide 0 gr. 5757. Traduisant en proportion centésimale, on obtient :

Eau.	65 gr. 28
Matériaux solides	34 gr. 72

On opère de la même manière pour des squames croûtelleuses de pemphigus foliacé. On met à dessécher à 115 degrés 2 gr. 3431 de squames; on obtient 1 gr. 9552 d'eau et 0 gr. 3879 de résidu solide, ce qui donne en proportion centésimale :

Eau.	83 gr. 44
Matériaux solides	16 gr. 56

La proportion d'eau est toujours plus forte dans le pemphigus que dans le psoriasis; les caractères cliniques des squames faisaient prévoir les résultats obtenus.

Ces chiffres démontrent, qu'en vingt-quatre heures il se fait une élimination d'eau et de substances solides, d'autant plus considérables que la desquamation est plus intense. Il y a là une cause d'affaiblissement organique.

Mais on peut aller plus loin, et savoir quelle quantité d'*azote total* se trouve ainsi rejetée sous la forme d'épiderme.

Pour cela, on prend un poids déterminé de squames desséchées, on en opère la combustion dans un tube en verre de Bohême que l'on place sur la grille à analyse : l'air est chassé par CO^2; la matière mise dans une nacelle en platine est entourée d'oxyde de cuivre; l'azote est recueilli dans un appareil de Stas, puis dans une cloche graduée. Après avoir fait la correction de température et de pression, on obtient le chiffre total d'azote correspondant. On peut encore se servir des squames non desséchées, en peser exactement un poids donné; d'autre part, en mettre sécher un poids donné : pour connaître l'azote, il sera plus tard facile d'établir une proportion.

On pèse, par exemple, 0 gr. 9278 de squames croûtelleuses provenant d'un pemphigus foliacé. Après la combustion, on note 105 c. c. 9 d'azote à 20 degrés et à la pression de 753 c. c. 3, ou après la correction 93 c. c. 93, ce qui donne 965 c. c. 6 d'azote pour 100 grammes de matière sèche. En évaluant ce chiffre en urée, ce qui est irrégulier, on aurait 26 gr. 9 p. 100, ce qui, comme on le voit, n'est pas une perte négligeable.

En opérant de même pour les squames du psoriasis, on voit que les

pertes sont encore plus notables : le 27 juillet, nous faisons la combustion de 0 gr. 3637 de squames desséchées de psoriasis, qui donnent 21 c. c. 5 d'azote à 21 degrés et à la pression de 763 c. c. 1 ou 46 c. c. 6 après correction, c'est-à-dire 12,829 centimètres cubes d'azote à 0 degré et à 760 degrés pour 100 grammes de matière sèche, ce qui donne en urée 34 gr. 67.

Si on rapporte les chiffres au poids de squames non desséchées, on trouve 11,253 centimètres cubes pour 100 grammes de squames humides ou 30 gr. 41 d'urée. Or, il n'est pas très rare de rencontrer des psoriasis qui éliminent 30 à 35 grammes de squames et même davantage, ce qui donne 3,375 c. c. 9 d'azote, et en évaluant en urée, on arrive au chiffre de 9 à 10 grammes d'urée en plus dans les vingt-quatre heures. On comprend pourquoi il y a là une cause d'affaiblissement organique très net, d'aulant plus que les analyses d'urines démontrent une élimination normale d'urée.

Une autre analyse, faite encore avec des squames de psoriasis, a donné les résultats suivants :

On prend 0 gr. 2692 de squames desséchées à l'étuve, qui produisent 36 c. c. 5 d'azote à 20 degrés et à 762,8 ou 33 c. c. 2 après réduction. On a donc 12,330 centimètres cubes d'azote pour 100 grammes de matière sèche. Si on veut calculer en urée ce qui n'est pas légitime, on arrive au chiffre de 33 gr. 3 pour 100 grammes de substance sèche. Or, ces chiffres ne sont pas éloignés de ceux qui ont été obtenus dans la précédente analyse.

Quant à la quantité d'urée obtenue par l'action de l'hypobromite sur l'extrait alcoolique des squames, elle n'est pas considérable. Ainsi 2 grammes de squames non desséchées d'un *pemphigus foliacé* ont donné 1 c. c. 5 d'azote à 20 degrés et à 759,8 ou 1 c. c. 33 d'azote à 0 degré et à 760. Ce qui, en urée, est équivalent à 0 gr. 179 pour 100 grammes de squames humides ou 0 gr. 214 pour 100 grammes de squames sèches.

Nous pouvons donc conclure que la desquamation des affections exfoliantes est une cause d'affaiblissement de l'organisme, puisqu'il se fait par là une élimination de substances azotées et que la quantité d'azote est parfois considérable; en effet, un malade peut perdre de cette façon jusqu'à 11,253 centimètres cubes d'azote en vingt-quatre heures, quand il élimine 100 grammes de squames non desséchées.

Ces mêmes malades subissent des pertes en carbone et en soufre, qui entrent dans la constitution de composés spéciaux. Toutes ces analyses démontrent que l'organisme perd des éléments importants de ces tissus; aussi quand l'exfoliation est notable, voit-on les individus

maigrir ; chez quelques malades, j'ai obtenu de bons effets de la suralimentation.

DISCUSSION

M. E. Vidal : En 1886, j'ai fait dans mon service avec mon interne, M. Paul Raymond, des recherches dont je suis heureux de voir les résultats confirmés par les belles expériences de M. Quinquaud. Dans deux cas de dermatites exfoliantes généralisés (herpétides exfoliatrices malignes de Bazin), nous avons constaté : 1° une augmentation de la quantité d'urée dans le sang, 2° une diminution correspondante de l'urée dans l'urine (11 et 15 grammes par vingt-quatre heures), 3° la présence de l'urée en grande abondance dans les squames dont la quantité était chaque jour considérable.

Depuis plusieurs années déjà, j'ai fait doser l'urée dans l'urine de tous les malades atteints d'affections cutanées à processus irritatif intense et j'en ai, le plus souvent, trouvé la quantité diminuée. Je rappelle les expériences de Gigot-Suard qui, en injectant des solutions d'urée dans le sang, provoquait chez des chiens des éruptions cutanées ressemblant à l'eczéma. Je voudrais voir reprendre ces expériences par M. Quinquaud, dont la haute compétence est si connue et je ne doute pas qu'elles n'apportent un précieux appoint à la connaissance de la pathogénie des maladies cutanées par auto-intoxications, dont le champ s'est tant élargi depuis les belles recherches du professeur Bouchard.

II. Ce que devient la nutrition dans les dermatites expérimentales,

par M. le Dr Ch.-E. Quinquaud.

Lorsque la peau est enflammée d'une manière violente par des brûlures, par des agents extérieurs ou spontanément, qu'est-ce qui se passe dans la nutrition intime?

La glycose du sang ne subit guère de modifications, mais le glycocène diminue beaucoup dans le foie, et la glycose des organes atteint des chiffres bien inférieurs à la normale.

L'acide carbonique du sang artériel reste le même, tandis que celui du sang veineux diminue; l'oxydation du carbone faiblit.

L'oxygène du sang artériel et du sang veineux est en moindre quantité; mais la quantité d'oxygène consommé reste la même : il y a donc là une désharmonie remarquable.

La quantité d'urée du sang diminue dans des proportions considérables.

Il en est de même de la capacité respiratoire :

Voici un tableau démontrant la réalité des propositions précédentes :

	GLYCOSE.	GAZ DU SANG.		URÉE DU SANG.	CAPACITÉ RESPIRATOIRE.
	pour 1000	p. 20 c. c.		p. 100 c. c.	—
Avant l'expérience :					
Sang artériel .	0 gr. 35	7,5	4,1	0 gr. 044 0/0	16,5
Sang veineux .	0 gr. 32	13,6	2,6		
Après l'expérience :					
Sang artériel .	0 gr. 36	7,7	2,5	0 gr. 018	13
Sang veineux .	0 gr. 33	9,3	1		

La glycose du muscle est égale à 0 gr. 108 milligr. p. 100, et celle du foie à 0 gr. 143 milligr. p. 100.

Les produits rejetés par les urines vont en diminuant d'une manière progressive, comme l'indique le tableau ci-dessus :

Avant l'expérience.

	URÉE EN 24 HEURES.	ACIDE URIQUE.	ACIDE PHOSPHORIQUE.
Premier dosage. . .	21 gr.	1 gr. 52	1 gr. 32
Deuxième dosage . .	23 gr.	1 gr. 48	1 gr. 16
Troisième dosage . .	20 gr.	1 gr. 47	1 gr. 47
Quatrième dosage. .	19 gr.	1 gr. 55	1 gr. 20

Après l'expérience.

	URÉE EN 24 HEURES.	ACIDE URIQUE.	ACIDE PHOSPHORIQUE.
Premier dosage. . .	12 gr. 9	1 gr. 20	0 gr. 89
Deuxième dosage . .	10 gr. 10	1 gr. 35	0 gr. 69
Troisième dosage . .	11 gr. 3	1 gr. »	0 gr. 65
Quatrième dosage. .	12 gr. 39	0 gr. 50	0 gr. 56
Cinquième dosage. .	8 gr. 18	0 gr. 30	0 gr. 64

Enfin l'acide carbonique exhalé subit également une diminution très nette. Voici des analyses qui le prouvent :

Avant l'expérience, on note *que l'animal exhale* 13 grammes d'acide carbonique par heure le premier jour, 13 gr. 12, puis 12 gr. 85,

11 gr. 95, 10 gr. 95, 13 gr. 35, tandis qu'après l'expérience il ne rejette plus que 7 gr. 54, 8 gr. 10, 7 gr. 60, 7 gr. 40, 7 gr. 20.

Toutes ces analyses démontrent que la cellule vivante a diminué d'activité et l'on comprend très bien que cette diminution, si elle devient intense, peut amener des désordres graves.

III. Sur quelques points de la dermatologie de l'oreille,

par M. le Dr Hermet (de Paris).

Je n'ai ni la prétention ni la hardiesse de vous faire la dermatologie de tout l'organe de l'ouïe.

Vous connaissez mieux que moi les altérations cutanées du pavillon de l'oreille et mes descriptions ne pourraient atteindre ni la clarté ni la précision des vôtres.

Mon ambition est moindre et plus facile est ma tâche.

Je voudrais vous montrer ce que deviennent, quand ils se sont propagés aux parties profondes de l'appareil auditif, quelques-uns des exanthèmes que vous voyez journellement dans vos services hospitaliers.

Depuis dix ans bientôt, je fréquente assidûment la clinique de M. le professeur Fournier, à l'hôpital Saint Louis, et M. le Dr Vidal a la bienveillance d'appeler mon attention sur les malades de son service qu'il croit devoir m'intéresser.

J'ai de la sorte pratiqué l'examen otoscopique de bien des malades atteints d'exanthèmes aigus ou chroniques; et c'est le résultat de ces examens que je viens aujourd'hui dépouiller devant vous.

Les altérations cutanées sur lesquelles ont porté mes investigations sont les suivantes, et j'ai mis en regard le nombre de fois qu'il m'avait été donné de les observer :

Diabétides	1
Purpura	1
Acné verruqueuse	1
Lèpre	7
Sclérodermie	9
Scrofulides	10
Ichthyose	10
Pelade	25
Lupus (de l'oreille)	37
Psoriasis	103
Eczéma	509

Je ne parle pas des lésions spécifiques de l'oreille, leur nombre et leurs variétés sont tels que nomenclature et description m'entraîneraient trop loin.

Le cas de diabétides, je l'ai publié *in extenso* dans la *France médicale*, en 1884.

Elles étaient limitées au pavillon et n'avaient provoqué qu'une légère athrésie du conduit auditif externe. L'ouïe n'était pas affectée; le malade, âgé de soixante-deux ans, diabétique depuis quinze ans et eczémateux, entendait bien.

Elles présentaient cette particularité, qu'à l'inverse des diabétides génitales qui sont généralement tenaces et sont loin de guérir à l'instar d'une éruption ordinaire, elles disparurent en un temps relativement court.

Le purpura et l'acné verruqueuse s'étendaient assez profondément dans le conduit auditif externe, mais sans intéresser la membrane du tympan, les malades entendaient bien.

Les sept lépreux ont été examinés dans le service de M. le Dr Vidal; et je dois dire que, si j'ai constaté dans leurs fosses nasales des lésions très curieuses et très intéressantes dont la description sortirait du cadre que je me suis tracé, il n'en a pas été de même de l'oreille.

Les conduits auditifs étaient le siège de tubercules à toutes leurs périodes, mais les membranes tympaniques étaient absolument intactes.

L'ouïe, sauf chez deux d'entre eux, était normale, et chez ceux-là la surdité était due à une lésion banale, à un catarrhe des trompes d'Eustache.

La sclérodermie paraît avoir une action plus marquée sur l'organe de l'ouïe.

Dans les neuf cas, j'ai, à des degrés variables, constaté un épaississement de la membrane du tympan; on voyait nettement que la maladie avait étendu ses ravages jusqu'à la couche cutanée.

Comme cette couche cutanée est en connexion intime avec la couche fibreuse qui sert elle-même de périoste à la chaîne des osselets, il s'ensuivait une certaine raideur des articulations de la chaîne qui avait déterminé une diminution notable de l'acuité auditive.

Pour ne parler que des limites extrêmes, l'un entendait la montre à $0^m,04$ l'autre à $0^m,60$ (ma montre est entendue à l'état normal à $1^m,50$). Je dois ajouter qu'un de ces malades, une femme que m'avait adressée M. le Dr Barthélemy, avait une suppuration de l'oreille gauche qui datait de quinze ans, mais qui était provoquée par un polype de la cuisse.

La suppuration guérit dès que j'eus pratiqué l'ablation du polype. Les scrofulides étaient limitées dans six cas au pavillon de l'oreille; dans

quatre, elles s'étendaient au conduit auditif et avaient déterminé une otite externe suppurée.

Enfin, chez deux de ces derniers malades, je pus constater une perforation de la membrane du tympan avec suppuration de l'oreille moyenne; mais, comme je n'avais pas assisté à l'éclosion de la maladie, je ne puis dire si la perforation avait été provoquée par l'extension de la dermatose à la membrane et à la caisse, ou si elle était due à une otite moyenne purulente, ce qui n'est pas improbable, étant donné l'état général de ces malades.

Sur les douze ichthyosiques que j'ai examinés, j'ai trouvé neuf fois l'appareil auditif normal.

Deux fois, j'ai constaté une surdité provoquée par un épaississement notable de la membrane du tympan, et une fois, chez un malade entré en 1885 dans le service de M. Fournier, j'ai pu voir sur les conduits auditifs externes et sur les membranes du tympan des desquamations épithéliales analogues à celles qu'on constatait sur la peau. Cet homme, âgé de trente ans, avait eu toute sa vie de l'ichthyose.

L'acuité auditive était notablement amoindrie. La montre était perçue à $0^{m},03$ seulement.

J'ai examiné les oreilles de vingt-cinq malades atteints de pelade; mon investigation eût pu facilement se porter sur un plus grand nombre, mais comme chez aucun d'eux je ne pus constater une lésion quelconque, je me suis cru autorisé à borner là mes recherches.

Des trente-sept lupus observés, tant dans le service de M. le professeur Fournier que dans celui de M. le Dr Vidal, un seul mérite d'être signalé ici. (Les autres étaient les lupus classiques que vous connaissez, et qui étaient limités au pavillon de l'oreille.)

La femme qui en était atteinte était une malade de M. Fournier, remarquable, si je puis m'exprimer ainsi, par la multiplicité de ses éléments de lupus. Sans compter ceux de la face, elle en avait sur le pharynx, dans les fosses nasales, sur les paupières et sur les cornées. (C'était la variété tuberculeuse.) Elle accusait un écoulement de l'oreille gauche, datant d'une année.

L'examen direct me permit de constater une fongosité polypiforme, ulcérée, occupant l'oreille moyenne et le conduit auditif externe et présentant tous les caractères objectifs du lupus. La membrane du tympan n'existait plus; et l'ouïe était de ce côté totalement abolie.

Cette observation fut pour moi d'un haut intérêt, en me montrant que le lupus pouvait envahir l'oreille moyenne.

Chez les cent trois psoriasiques examinés, les conduits auditifs étaient le plus souvent le siège d'élevures croûteuses caractéristiques, qui ne

laissaient aucun doute sur la nature de l'affection. L'éruption s'arrêtait à eux, la membrane du tympan n'a jamais été atteinte. L'ouïe était normale.

De tous les exanthèmes, l'eczéma est, sans contredit, celui dont on constate le plus fréquemment l'action sur l'organe de l'ouïe.

M. Fournier nous disait un jour, en une de ces phrases si typiques qui suffisent à graver un fait dans la mémoire, que la syphilis avait pour les fosses nasales une prédilection marquée. Je puis dire en le parodiant que l'eczéma aime l'oreille.

Le nombre d'eczémateux de l'oreille qu'on est appelé à soigner est considérable, et cette particularité s'explique par ce fait qu'il est peu d'affections auriculaires aussi gênantes et récidivant aussi facilement.

Pour vous en citer un exemple :

Je donne depuis plusieurs années mes soins à un malade chez lequel le moindre excès alimentaire suffit pour déterminer une poussée nouvelle, et chose étrange, il n'a jamais présenté d'éruption sur une autre partie du corps.

Je ne vous parlerai pas de l'eczéma du pavillon qui ne présenterait pour vous aucun intérêt, je ne veux vous entretenir que des altérations qu'il détermine dans les parties profondes de l'organe auditif.

Lorsqu'il envahit le conduit, il provoque des lésions de voisinage qui en font très rapidement une affection complexe.

Le premier symptôme, et en même temps le plus constant, consiste en une démangeaison des plus vives.

On constate à ce moment une rougeur et un gonflement très marqués du conduit, gonflement déterminant toujours une atrésie plus ou moins considérable.

Les vésicules ne tardent pas à apparaître, envahissant la couche cutanée de la membrane du tympan.

Elles subsistent peu de temps; les malades, éprouvant un besoin constant de se gratter, les détruisent et les remplacent par des lésions de grattage. Or, comme l'épiderme du conduit est d'une sensibilité extrême et se laisse facilement enlever, la douleur vient s'ajouter aux démangeaisons; ce qui rend souvent la situation des malades vraiment intolérable.

En trois jours généralement, la suppuration s'établit; tantôt elle est fournie par une otite externe diffuse (provoquée aussi bien par l'inflammation que l'éruption détermine, que par les lésions de grattage), tantôt par une otite furonculeuse, et quelquefois par une otite moyenne qu'on peut appeler otite de propagation.

Dans ce dernier cas, en effet, la membrane du tympan s'est ulcérée et

perforée, du pus a pénétré dans la caisse, agissant comme corps étranger et a déterminé une otite moyenne purulente.

Je dois ajouter que cette dernière complication est aussi rare que les deux autres sont communes.

L'otite furonculeuse, qui a eu l'eczéma pour cause occasionnelle, est plus tenace que l'otite externe diffuse.

Il n'est pas rare de constater dix, quinze et même vingt furoncles du conduit, à la suite d'une otite eczémateuse.

Cette multiplicité est due à une véritable auto-inoculation.

La thérapeutique fournit heureusement un agent qui permet de combattre, très rapidement et d'une manière très efficace, les phénomènes que je viens de vous énumérer; c'est le nitrate d'argent en solution au dixième.

Employé dès le début, non seulement il empêche les lésions consécutives, mais encore il guérit en vingt-quatre heures la poussée locale d'eczéma.

Bien plus, lorsque le conduit seul est atteint, qu'il y ait otite diffuse ou otite furonculeuse, le résultat est le même. Je tiens à signaler cette particularité, espérant qu'elle peut devenir le point de départ d'expérimentations dans le traitement du furoncle.

Je pratique l'application de la solution de la façon suivante :

Après avoir bien nettoyé le conduit auditif, j'introduis au moyen d'un porte-caustique un tampon d'ouate préalablement imbibé, et ayant un volume suffisant pour remplir complètement le conduit auditif.

Je le laisse vingt-quatre heures en place.

Le lendemain, le conduit a récupéré son diamètre normal, l'atrésie a disparu ainsi que l'inflammation et les démangeaisons.

L'épiderme cautérisé se desquame en quelques jours, et l'organe redevient normal.

Lorsque le nombre des poussées a été considérable, les malades présentent une déformation caractéristique et indélébile; c'est une atrésie du conduit auditif qui peut aller quelquefois jusqu'à l'obturation totale.

De plus, il n'est pas rare dans ces cas de constater une diminution notable de l'acuité auditive, qui paraît être due à une hyperhémie consécutive de l'oreille moyenne et du labyrinthe, ainsi qu'à un gonflement simultané des muqueuses de la trompe et de la caisse.

Vous voyez, Messieurs, que, si en général les exanthèmes ont une action minime sur l'oreille, l'eczéma fait une exception à cette règle.

C'est une particularité que je tenais à vous signaler.

IV. Anatomie du lichen planus,

par M. le Dr Louis Török (de Buda-Pesth).

Les recherches nouvelles sur l'anatomie du lichen plan ont unanimement démontré que toutes les lésions dérivent d'une modification inflammatoire des couches supérieures du chorion et que toutes les autres altérations, surtout celles décrites par les anciens, sont secondaires. C'est le résultat principal des travaux de Weyl (1), de Köbner (2), de Bender (3), de Caspary (4), de Crocker (5), et de Robinson (6).

Weyl a trouvé avant tout l'infiltration dans les couches supérieures de l'épiderme; ensuite se produisait l'infiltration des papilles; Köbner trouva comme première manifestation des phénomènes d'inflammation dans les papilles accompagnées bientôt par une prolifération du réseau de Malpighi. Il trouva une infiltration diffuse, mais moins importante, dans la totalité du derme. Bender mentionne également une forte infiltration des papilles qui sont allongées et élargies. Il ne rencontra pourtant l'hypertrophie de l'épiderme que dans la périphérie de la papule. Dans le milieu de cette dernière, les deux sont atrophiées. Caspary remarqua, outre l'infiltration des couches supérieures de l'épiderme, le soulèvement des couches entières de l'épithélium, qui, dans sa pensée, devait être imputé à un retrait, à une disparition du tissu conjonctif sous-épithélial infiltré.

D'après Crocker, le processus commence par une infiltration inflammatoire de la partie supérieure du chorion, voisine du conduit excréteur des glandes sudoripares, et produit ensuite un épaississement du réseau de Malpighi et l'allongement des papilles à la suite du pullulement des prolongements interpapillaires ou de l'épithélium.

Si l'infiltration est forte, l'épiderme, peu épaissi ou bien aminci au milieu de la papule, n'est que peu soulevé; si l'inflammation est faible, l'épaississement des couches épineuses augmente. La compression exercée par cet épaississement de l'épithélium rend quelques papilles atrophiques. Robinson observa en même temps l'infiltration nettement déterminée du chorion supérieur dans les papules nouvelles, un épais-

(1) Ziemssen's. *Handbuch der Hautkrankheiten*, I, 1883.
(2) *Berliner klinische Wochenschrift*, 1887, nos 20, 21.
(3) *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1887, no 39.
(4) *Vierteljahreschrift. f. dermat. u. syph.*, 1888, p. 159.
(5) *Diseases of the skin.*, 1888, p. 217.
(6) *Journal of cutan. and genito-urin. dis.*, 1889, I, 2, 3.

sissement du réseau de Malpighi et un allongement des processus interpapillaires de l'épithélium qui était en partie tourné dans une direction horizontale.

De même il manquait quelques processus ainsi que quelques papilles, tandis que d'autres étaient devenues plus grandes par suite de l'allongement des processus de l'épithélium. Dans les papules plus anciennes, toutes les couches de l'épiderme ont augmenté de surface à l'exception de « l'ombilication » où la couche cornée est amincie. Les cellules de l'épithélium sont aplaties et se trouvent dans tout leur diamètre dans une position horizontale.

Dans les papules plus anciennes, Robinson observa une infiltration moindre.

Dans les derniers mois, j'ai eu l'occasion d'observer sept cas de lichen planus au point de vue histologique. Les papules qui ont été l'objet de mes recherches étaient de grandeurs différentes et en grande partie toutes jeunes.

Les plus petites étaient à peine aussi grosses que des grains de pavot, ne s'élevaient presque pas au-dessus du niveau de la peau et ne se distinguaient des parties avoisinantes que par leur éclat. Les autres étaient grosses comme des têtes d'épingles, ou bien un peu plus grosses, lisses ou avec une dépression centrale.

Les plus grosses avaient la taille de pois ou de lentilles.

J'ai eu aussi l'occasion d'observer quelques papules et une plaque annulaire d'un cas de lichen planus annulaire pur, où chaque papule prit peu à peu la forme annulaire et enfin encore une plaque orbiculaire d'un lichen planus.

Voici quels sont les résultats obtenus par ces recherches histologiques.

Les premières modifications se montrent dans le voisinage immédiat du réseau vasculaire sous-papillaire.

Il se produit des cellules rondes, uninucléaires en nombre distinct autour des vaisseaux gonflés, et on remarque un œdème sous la forme d'espaces lymphatiques élargis.

Tandis que les modifications pathologiques atteignent en cet endroit toute leur intensité, l'infiltration monte suivant le cours des vaisseaux capillaires des papilles et devient plus prononcée dans les parties qui entourent les anses vasculaires, tandis qu'elle diminue vers la périphérie des papilles et épargne entièrement la couche sous-épithéliale (Grenzschichte d'Unna), à ce moment de l'évolution. La densité des cellules rondes n'est pas excessivement forte dans ces jeunes papules. Entre elles, on remarque encore les fibres du corps papillaire, les

fentes lymphatiques élargies et les cellules fixes gonflées par l'œdème. Bientôt apparaissent des cellules ramifiées pigmentées qui principalement se remarquent dans le voisinage des vaisseaux. L'infiltration des cellules rondes devient peu à peu plus importante et finit par remplir presque entièrement l'espace libre entre le réseau sous-papillaire des vaisseaux et la couche inférieure de l'épithélium.

La couche sous-épithéliale seule n'est pas sujette pendant quelque temps aux phénomènes de l'affection.

L'infiltration diffuse, correspondant à l'extension de la papule de lichen, est nettement limitée à sa périphérie. Mais déjà à cette époque primitive de la maladie on voit çà et là l'infiltration s'enfoncer en suivant le cours de quelques vaisseaux.

L'épithélium joue pendant ce temps un rôle entièrement passif : ses modifications sont liées aux altérations du corps papillaire.

Par suite des phénomènes que nous venons de décrire, le corps papillaire se gonfle d'une manière égale, l'épiderme restant entièrement passif et n'opposant aucun obstacle au changement de volume du corps papillaire.

Les papilles ne gonflent donc pas seules, mais encore la partie du corps papillaire située au-dessous d'elles et au-dessous des processus interpapillaires de l'épithélium et qui contient le réseau des vaisseaux sous-papillaires.

Les papilles augmentent alors dans toutes les directions, aussi bien en hauteur qu'en largeur.

Par suite des modifications du corps papillaire et provoquées par elles, nous remarquons les différentes conditions du tissu épithélial qui sont liées à la compression, et à la tension dans la direction horizontale et à l'invasion de l'épiderme par l'œdème du chorion.

L'espace compris entre les papilles devient plus petit et plus resserré, les cônes épithéliaux interpapillaires par suite sont plus étroits et plus courts; ils sont comprimés par le gonflement des papilles et un peu soulevés par l'effort du corps papillaire. Leurs cellules deviennent par suite plus planes, ressemblant par endroits à des lamelles et leur plus long diamètre est dans une direction verticale.

A la pointe du cône, les cellules plates de l'épithélium sont souvent éloignées les unes des autres par les lacunes inter-épithéliales qui sont élargies par l'œdème et par suite les cônes de l'épithélium paraissent ramassés sur leurs bords.

Quelques cônes d'épithélium sont soulevés surtout à la périphérie de la papule et changent leur direction verticale en une direction horizontale.

Il est facile de voir que par ces modifications il sera assez difficile de distinguer les papilles les unes des autres. Les papilles voisines se rapprochent toujours davantage, et finalement leurs têtes hémisphériques s'élèvent seules au-dessus d'un gonflement général ou bien se réunissent complètement pour former une excroissance plus large, tandis que les cônes intermédiaires de l'épithélium disparaissent. Dans les coupes, la ligne serpigineuse ondulée ordinaire de séparation de l'extrémité papillaire de l'épithélium s'efface, et à sa place apparaît une ligne de démarcation composée par des arcs plats et larges et même rectilignes par endroits.

Les lignes arquées mentionnées se trouvent empreintes d'une façon concave sur les papilles enflées : les angles suivant lesquels elles se coupent s'enfoncent comme des éperons entre les papilles.

Si l'on prépare une surface du corps papillaire de l'une de ces papilles du lichen, grosses comme une tête d'épingle, d'après la méthode de Philippson (*Monatsh. f. prak. dermat.*, 1889, n° 9), on peut se rendre compte facilement de ces rapports. Nous voyons, correspondant au milieu de la papule, des protubérances en forme de verrues, avec une infiltration manifeste de cellules rondes, et dont les proéminences arrondies sont séparées par des crénelures peu profondes. Autour d'elles, se trouvent des sillons de profondeur normale, et au bord de ceux-ci on trouve çà et là des papilles plus ou moins gonflées. Au niveau de la zone épithéliale correspondant à la portion ci-devant décrite du derme, l'épiderme paraît aminci et ses crêtes abaissées.

L'épithélium qui s'étend sur la partie soulevée montre des altérations notables sur les coupes qui sont faciles à expliquer par la pression du corps papillaire qui a pris une direction horizontale, de sorte que l'épithélium sert à couvrir la surface agrandie par le gonflement. Les cellules de la couche cylindrique sont diminuées de hauteur; leur forme est irrégulière, elles paraissent souvent se tenir sur l'arête comme si elles étaient inclinées vers la position horizontale: souvent aussi, elles sont aplaties.

Les autres points de la couche épineuse contiennent des cellules plates, rhomboïdales et dont le diamètre le plus long se trouve dans une direction horizontale.

Un œdème inflammatoire modéré de l'épithélium se traduit surtout par un élargissement de lacunes inter-épithéliales dans les couches inférieures principalement, par un grand nombre de cellules migratrices dans ces dernières couches et, en outre, une coloration pâle des cellules épithéliales. L'imbibition des cellules empêche leur aplatissement complet.

On trouve ces modifications de l'épithélium plus frappantes dans les papules de durée courte et dont l'infiltration est plus dense. Quelques différences peuvent survenir dans le phénomène décrit. Il peut arriver que, par endroits, l'œdème se manifeste plus fortement, sépare davantage les cellules des cônes interpapillaires, que les espaces lymphatiques de la couche épineuse soient fortement élargis, que les cellules et leur noyau se gonflent énormément ainsi que l'espace périnucléaire dans d'autres cellules.

L'aplatissement des cellules devient alors à peine visible et se manifeste tout au plus dans l'épithélium des processus interpapillaires. Si l'infiltration et l'œdème du corps papillaire sont moins manifestes et si le gonflement en est moins accentué, en un mot si les phénomènes inflammatoires du chorion sont moins sensibles, alors les modifications secondaires de l'épithélium ne sont plus aussi appréciables. Ainsi j'ai trouvé que dans le lichen annulaire, qui par ses caractères cliniques peut être aussi considéré comme la forme la plus légère du lichen planusque, à part les altérations moindres du corps papillaire, l'épithélium de la couche épineuse n'est presque pas différent de la partie saine et les couches cylindriques se développent encore bien.

Les prolongements interpapillaires de l'épithélium sont pourtant fortement raccourcis, en partie disparus et leurs cellules aplaties (1).

La couche granuleuse ne montre, en outre des modifications correspondant à celles de la couche épineuse précédemment décrites, aucune autre altération. La couche cornée placée au-dessus de la papule devient par la tension plus dense.

A la place d'une couche médiane lâche, en forme de treillis, nous remarquons des lamelles cornées parallèles cohérentes dans toute l'épaisseur du stratum corneum. La partie médiane de la couche cornée a ainsi disparu.

Les altérations décrites jusqu'à présent sont principalement relatives à l'inflammation, elles nous expliquent quelques propriétés de la papule du lichen. A la papule nettement circonscrite, correspond une infiltration strictement limitée; l'éclat est causé par le soulèvement, la tension, la disposition parallèle des couches de l'épiderme et l'infiltration jointe à la tension est la cause de la fermeté de la papule.

Une propriété assez fréquente et assez remarquable des petites

(1) A cause des altérations du corps papillaire et du stratum épithélial, la cohésion devient entre eux naturellement moins forte, et par suite l'épiderme se détache souvent dans le liquide fixatif ou se sépare du corps papillaire au moment où nous faisons nos coupes. Or, je crois qu'il s'agit de la même chose dans les phénomènes décrits par Caspary, et il n'y a pas nécessité de recourir à l'atrophie de la couche papillaire sous-épithéliale.

papules du lichen planus est une ombilication au centre en forme de point. Ce phénomène ne doit pas être confondu, ainsi que Crocker et Robinson le font remarquer, avec les enfoncements plus considérables des papules anciennes. Comme explication, les savants anglais mettent en avant la desquamation d'un cône corné qui se forme dans la partie supérieure du canal excréteur d'une glande sudoripare. En effet, l'on trouve au milieu de beaucoup de petites papules le conduit d'une glande agrégée dont l'orifice paraît aussi quelquefois être recouvert d'une couche cornée épaisse. L'opinion des deux auteurs cités ne peut donc pas nous être rapportée. Mais il nous paraît plus vraisemblable que l'ombilication des papules est provoquée par le fait que le centre de la papule est retenu par le conduit d'une glande sudoripare, qui a son embouchure à cet endroit ou bien par un follicule se trouvant à cette place, tandis que les parties voisines sont soulevées par le corps papillaire pressant vers le haut.

Dans ces cas, l'épithélium, dans la partie supérieure du conduit excréteur, paraît être tendu et en conséquence un peu aplati par le mouvement de la surface épithéliale qui se soulève et avec lequel la portion de son orifice est lié.

De plus, les cellules épineuses planes voisines sont placées en biais par rapport au conduit excréteur comme si elles suivaient le tractus partant de cet endroit.

Les modifications décrites jusqu'à présent sont celles qui se remarquent depuis les premiers phénomènes visibles du lichen planus jusqu'au développement des papules de la grosseur d'une tête d'épingle environ.

Déjà, dans les papules plus anciennes que celles que nous venons de mentionner, outre l'infiltration importante du corps papillaire et l'infiltration moins importante des vaisseaux en dessous et à côté de la papule, nous trouvons le phénomène d'inflammation marchant un peu en profondeur. L'inflammation est étroitement liée au cours des vaisseaux, et au-dessous du réseau vasculaire sous-papillaire elle ne se transforme plus en infiltration diffuse.

On remarque que les parties voisines des follicules pileux, des glandes sébacées, des glomérules et de leurs conduits excréteurs sont plus ou moins remplies de cellules rondes.

En même temps on observe un grand nombre de grosses cellules (*mastzellen*) autour des vaisseaux, surtout aux environs des glomérules.

L'épithélium demeure, comme nous l'avons vu, dans une passivité absolue pendant ces modifications de la papule. Je n'ai pu trouver aucune figure karyokinétique dans la plus grande partie des papules. Dans quelques-unes seulement, j'en ai remarqué de 1 à 3.

Si l'on rencontrait dans ces jeunes papules, à l'état où je viens de les décrire, une véritable prolifération, ainsi que le prétendent Köbner, Bender, Crocker et Robinson, on devrait rencontrer souvent des segmentations nucléaires.

Comme nous nous trouvons entièrement au commencement des modifications, nous devons admettre qu'un épaississement déjà visible de la couche épithéliale et l'allongement des cônes de l'épithélium n'auraient pu se développer que dans un très court laps de temps. Les phénomènes de segmentation du noyau devraient donc exister en grand nombre comme des signes visibles de cette prolifération.

La papule du lichen planus se modifie par la croissance ainsi que le prouvent les coupes d'un nodule qui, dans l'espace de deux mois et demi environ, a passé devant nos yeux de la dimension d'un point à celle d'un pois.

La papule en question était rouge vif, bombée, de forme hémisphérique, sans ombilication, lisse, luisante et garnie de quelques petits points blancs.

A la coupe, on remarquait une forte hypertrophie de l'épiderme qui pénétrait dans le chorion sous la forme de cônes très irréguliers, larges ou étroits. La surface inférieure de l'épiderme, examinée d'après la méthode de Philippson, présentait au milieu un épaississement diffus de la couche épithéliale, figurant un plateau vers lequel s'élevaient les crêtes épithéliales voisines.

Dans la partie médiane épaissie correspondant aux papilles, apparaissaient quelques dépressions plus ou moins profondes et quelques follicules pileux étaient visibles. La surface du corps papillaire contenait des papilles plus courtes correspondant à l'épaississement de l'épiderme.

Entre elles, des papilles plus grandes s'élevaient, et correspondaient avec les dépressions profondes dont nous avons parlé. Les bandes épithéliales les plus hautes et les plus larges avaient donné naissance entre les papilles à des sillons plus profonds et plus larges.

Les papilles elles-mêmes étaient inclinées vers le centre du nodule, ce qui laissait juger aussi de la forme des mailles entre les crêtes de l'épithélium. Avec l'hyperplasie de l'épithélium se montraient aussi un grand nombre de divisions du noyau. (J'en ai compté dans une préparation jusqu'à trente-six.)

La partie voisine du nodule qui, à l'examen macroscopique, se caractérisait par une infiltration plate, montre par endroits les modifications passives de l'épithélium dont nous avons déjà parlé, ou bien le phénomène commençant d'hyperplasie de l'épiderme devient visible à d'autres

places par le retour de l'épithélium à la forme normale et l'accroissement du nombre des figures karyokinétiques. La couche cornée, surtout dans la partie correspondant aux larges enfoncements de l'épithélium, est épaissie, et s'allonge ici encore un peu plus bas. Je crois que les places couvertes de petits points blancs visibles à l'inspection macroscopique pourraient bien être ces perles cornées dont parlent quelques auteurs. Les phénomènes que Robinson appelle perles épithéliales, dans son excellente étude histologique du lichen planus, ne doivent être regardées, d'après notre avis, malgré la protestation de l'auteur cité, que comme des sections transversales et obliques d'entonnoirs de follicules pileux d'où il est bien possible que le poil soit tombé, ou dont le poil n'était pas dans la direction de la coupe, ce qui peut arriver dans les cas de sections très obliques. J'ai observé des images semblables surtout dans les sections du bord élevé d'une plaque annulaire; deux ou trois se voyaient à côté l'une de l'autre avec la tige du poil coupée diagonalement au milieu. Les entonnoirs des follicules pileux sont ici très élargis et remplis de masses cornées concentriques et lamelleuses.

En dessous de l'épaississement décrit de l'épithélium, l'infiltration du corps papillaire s'est limitée au voisinage du réseau vasculaire où elle est cependant encore remarquable. Quelques papilles encore longues, mais atténuées par la prolifération de l'épithélium, sont encore plus riches en noyaux; pourtant le nombre de cellules rondes a diminué et nous trouvons alors principalement des cellules fusiformes en partie pigmentées, surtout dans la région des anses papillaires. Autour de la pointe des cônes de l'épithélium se trouve une agglomération considérable de cellules rondes et les couches inférieures de l'épithélium voisin en sont également plus ou moins remplies.

Tandis que la formation papillaire de la surface du chorion est lésée au début du lichen planus par le gonflement inflammatoire du corps papillaire et, par suite, par le rapprochement des papilles, par le raccourcissement et l'amincissement des dépressions interpapillaires dans la région de la papule, plus tard la pression causée par le développement de l'épithélium amène l'amincissement, voire même la disparition d'une partie des papilles.

Si l'épaississement est très régulier et égal, il produit une ombilication de la grande papule, que j'ai eu l'occasion d'observer sur une papille de longue durée de la grandeur d'une lentille environ.

Boeck (1), à l'appui de ses recherches sur les papules, avait émis l'opinion suivante sur l'ombilication des nodules : par suite de l'enflure du

(1) *Monatshefte f. praktische dermatologie*, 1880, nº 10.

derme et du corps papillaire, les papilles, dans le milieu de la papule, sont soumises, ainsi que l'épiderme qui les recouvre, à une tension dans la direction horizontale, et par suite les papilles en question s'aplatissent, tandis que l'épiderme aminci s'enfonce. Il montre que les restes des prolongements interpapillaires de l'épiderme prennent pour ainsi dire une direction centrifuge. Il attribue ensuite les phénomènes suivants à une nutrition défectueuse de l'épiderme causée par les modifications de son adhérence avec la surface cutanée, de façon à contribuer à l'atrophie et à l'amincissement de l'épithélium.

Boeck trouva le stratum corneum épaissi.

Les papules examinées par moi ne me permettent pas d'admettre ces explications. J'ai déjà montré que dans les papules plus avancées, tendant à la prolifération de l'épithélium, la section de la papule ancienne que je viens de mentionner montrait la couche épineuse épaissie d'une manière diffuse. Cette couche se meut sur un corps papillaire toujours infiltré dont les papilles au milieu du nodule ne sont plus marquées que par des arcs très bas, puisqu'il n'existe ici que d'étroits et courts tronçons des prolongements de l'épiderme.

A la périphérie de la papule se trouvaient des papilles bien formées. Les papilles médianes s'étaient abaissées beaucoup au-dessous du niveau des papilles périphériques. Ce phénomène doit être manifestement attribué à ce que le stratum épithélial repousse en arrière le corps papillaire. Tandis que les couches supérieures de l'épithélium tendent de plus en plus à une transformation cornée et ensuite se détachent, il se forme une ombilication au-dessus du corps papillaire enfoncé. La circonstance par laquelle les cônes de l'épithélium, amincis et raccourcis, sont dirigés tangentiellement du centre à la périphérie de la papule (et j'ai remarqué le fait dans les jeunes et dans les vieilles papules), trouve une explication vraisemblable dans les circonstances suivantes. Il est possible que les crêtes épithéliales en ces endroits cèdent dans la direction de la périphérie à une pression latérale plus forte du centre de la papule plus atteint par l'inflammation; d'autre part, les papilles et les crètes peuvent être dirigées vers le sommet de la papule par le trait qui part de l'épithélium soulevé par le derme gonflé. Mais je crois qu'il faut attribuer au bourgeonnement de l'épithélium la plus grande action sur cette disposition nouvelle des papules et crètes épithéliales puisqu'on la trouve la plus distincte daus les papules plus anciennes. J'ai trouvé aussi le stratum corneum de cette papule épaissi. Les cellules de la couche épineuse étaient aussi un peu aplaties par la pression du corps papillaire toujours infiltré et par leur enserrement entre le corps papillaire et la couche cornée épaissie.

Des altérations dont souffre l'épithélium sous l'influence de l'enflure, il résulte que, après la guérison spontanée des lésions du lichen, la structure normale des papilles ne se rétablit que partiellement.

Aux endroits où les crêtes de l'épithélium ont été entièrement détruites par la compression et la poussée en haut du chorion, il ne reparaît rien de leur forme primitive ; aux endroits où il en est encore resté des vestiges suffisants, il reparaît des cônes épithéliaux normaux et entourés de papilles. Sur les coupes d'un cas pur de lichen annulaire et d'une plaque annulaire de lichen plan, j'ai trouvé, correspondant à la partie centrale enfoncée et pigmentée, une pigmentation exagérée par endroits des couches inférieures de l'épithélium. De plus, j'ai trouvé des cellules pigmentaires, un certain nombre de cellules conjonctives un peu agrandies et jointes à une légère tortuosité des vaisseaux dans le chorion, et par place il n'était plus possible d'apercevoir aucune papille.

Je veux enfin diriger l'attention sur les circonstances suivantes. J'ai déjà décrit les altérations de l'épithélium à la partie supérieure du conduit excréteur des glandes sudoripares, phénomène que je croyais devoir rattacher à ce fait que le conduit fixé au chorion est tendu par la couche épithéliale poussée en haut avec lequel il est adhérent par son extrémité supérieure.

Cette circonstance, jointe à la compression latérale des papilles enflées par lesquelles le conduit est lui-même comprimé ainsi que les crêtes épithéliales, est la cause d'un obstacle à sa perméabilité, ce qui amène un élargissement des conduits du glomérule des glandes et de la partie inférieure du conduit excréteur. J'ai encore observé à Budapest une plaque ancienne de lichen, dans laquelle les conduits des glandes avaient pris un aspect entièrement kystique. La section transversale d'un conduit semblable était plus grande qu'un glomérule des reins, et l'épithélium pressé sur sa surface comme l'endothélium. Dans les cas présents, je n'ai pas eu à constater de dilatation si grande. Il est aussi intéressant de constater que la membrane homogène à la partie excrétante des tubuli sudoripares est fortement épaissie. Mais je ne regarde pas comme une particularité spéciale au lichen planus les altérations que l'on observe dans les glandes sudoripares et que l'on peut rencontrer dans plusieurs cas pathologiques.

Une autre circonstance se présenta dans deux cas de lichen planus, dans lesquels des papules en même temps qu'une infiltration dense contenaient des masses homogènes variant de la grandeur d'un globule rouge du sang jusqu'à celle d'une cellule épithéliale luisante, se colorant bien par l'éosine. Elles étaient rondes ou allongées, irrégulières, parfois contournées, comme si un faisceau du tissu conjonctif s'était

altéré d'une manière spécifique. Il s'agissait là très probablement d'une métamorphose « hyaline » du tissu conjonctif, ou de l'infiltration, ou dépôt de ces corps homogènes dans l'infiltration, c'est ce que je ne pourrais décider moi-même. Sur quelques coupes de lichen planus annulaire, j'ai eu l'occasion de remarquer dans certains vaisseaux des masses semblables adhérant aux parois.

De tout ce qui a été dit, il ressort : 1° que la papule du lichen planus ne manifeste son existence dans les premières phases que par les phénomènes d'inflammation occupant les couches supérieures du chorion. A ce moment-là, on ne peut pas encore parler d'une prolifération de l'épithélium. — Ou bien les phénomènes d'inflammation doivent s'étendre vers la périphérie pendant que les parties médianes, les premières atteintes par la maladie, se guérissent (lichen annulaire) ou bien il se produit à la suite de la diminution des phénomènes inflammatoires dans les parties supérieures du chorion, une hyperplasie de l'épiderme.

2° L'ombilication des plus petites papilles est causée par le fait que leur partie médiane est retenue en arrière par un conduit des glandes sudoripares, plus rarement par un follicule, tandis que les parties avoisinantes sont soulevées par le corps papillaire gonflé.

Les affaissements centraux des grosses papules sont causés par la dépression du corps papillaire produite par l'élargissement de l'épithélium, et par la desquamation des parties supérieures de la couche cornée. La surface enfoncée des plaques annulaires résulte de l'atrophie du corps papillaire.

Dans quelques papules du lichen, on trouve de petits corps homogènes qui, probablement, doivent être regardés comme une production hyaline du tissu conjonctif ou de l'exsudat.

V. Sur l'histologie de l'eczéma séborrhoïque,

par M. le Dr Unna (de Hambourg).

Il est extrêmement difficile de donner aujourd'hui un résumé à peu près complet de l'histologie de cette forme d'eczéma, que j'ai nommée eczéma séborrhoïque. J'ai jusqu'aujourd'hui étudié histologiquement quatorze cas de cette maladie, et parmi ces cas, se trouvent presque toutes les formes et variations du type : le type sternal, des papules croûteuses, des papules humides, de vrais eczémas autrefois appelés :

eczéma chronique rouge, dont j'ai pu démontrer l'origine séborrhoïque, des papules presque psoriasiformes, etc.

Je ne puis pas vous donner les détails de tous ces cas. Je puis seulement vous démontrer, à l'aide de quelques préparations choisies, trois choses :

1° Aux différentes formes *cliniques* de cette maladie, correspondent autant ou même plus de formes histologiques.

2° On peut, dans ces formes différentes, trouver *un caractère commun spécial*, se modifiant dans des directions diverses.

3° Il y a principalement *deux* directions importantes parmi ces variations : c'est le développement *vers l'eczéma humide* et vers *la forme sèche, psoriasiforme*.

Quel est le *caractère commun* dans toutes les préparations histologiques de l'eczéma séborrhoïque? C'est un *syndrome histologique*, composé de cinq symptômes :

1° Une infiltration cellulaire se montre dans la couche superficielle du derme, principalement autour des vaisseaux sanguins papillaires et sous-papillaires.

2° Cette infiltration est composée en partie par des cellules rondes migratrices, en partie par des cellules fusiformes fixes.

3° Un élargissement des vaisseaux sanguins et des espaces et vaisseaux lymphatiques qui les entourent.

4° Une prolifération karyokinétique considérable de la couche épineuse, tantôt sous la forme d'un plateau épais solide, tantôt en forme de plateau criblé par un grand nombre de papilles longues et irrégulières.

5° Une altération des couches épithéliales commençant dans les derniers rangs des cellules épineuses et se continuant dans les rangs des cellules cornées, d'une nature purement *œdémateuse*.

Ces quatre premiers points sont communs à une grande quantité d'inflammations superficielles de la peau, seulement le symptôme histologique n° 5, caractérise ce que je nomme *eczema seborrhoïcum;* c'est un signe pathognomonique pour cette maladie.

Vous verrez, sous les trois microscopes *a*, *b*, *c*, le développement vers l'eczéma humide.

a. Ici vous trouverez une prolifération karyokinétique très considérable de la couche épineuse, de longs bouchons épithéliaux s'enfonçant dans le derme. L'infiltration cellulaire occupe presque tout le derme et non pas seulement le réseau vasculaire superficiel. L'œdème des couches de passage au stratum corneum se traduit ici par la disparition du stratum granulosum et par le gonflement de la couche basale cornée

dont les cellules sont nettement séparées, gonflées et pourvues d'un noyau bien conservé. Les couches cornées supérieures sont, tantôt presque normales, tantôt du même caractère que dans la couche basale cornée, tantôt traversées par des foyers de noyaux fragmentés et des amas d'une substance fibrineuse coagulée. Nous avons ici affaire à un eczéma ancien, fortement infiltré, dont l'œdème épithélial n'a pas atteint un haut degré.

b. Ici vous avez l'infiltration cellulaire du derme et la prolifération de la couche épineuse moins prononcée, mais l'altération de l'épithélium ayant débuté par un simple œdème est arrivée à former une sorte de vésiculation inter-épithéliale. Les épithéliums eux-mêmes ne sont pas profondément altérés et n'ont pas subi une dégénérescence colliquative, seulement les espaces inter-épithéliaux sont élargis immédiatement sous la couche cornée et en partie remplis par des thrombus lymphatiques. De tels thrombus sont encore entourés dans la couche cornée par des cellules migratrices en petit nombre.

c. Sous le troisième microscope, vous trouverez la continuation du même processus. La croûte est formée d'une couche cornée qui entoure des thrombus de fibrine coagulée. Dans la couche épineuse supérieure, vous avez des espaces lymphatiques très larges, les épithéliums non dégénérés mais seulement comprimés.

Dans ces trois préparations, vous avez une bonne image du catarrhe humide de la peau : pas de pustulation, pas de suppuration, mais un *œdème inter-épithélial et des dépots fibrineux inter-épithéliaux.* Les plus superficiels, renfermés entre des lamelles cornées, constituent la croûte eczémateuse humide de l'eczéma séborrhoïque. Les trois préparations suivantes démontrent le développement vers l'eczéma sec psoriasiforme.

d. Ici la prolifération de l'épiderme et l'infiltration cellulaire du derme sont très peu prononcées. Il y a dans la couche épineuse une quantité considérable de cellules migratrices, mais pas d'élargissement des espaces lymphatiques. Aussi la couche granuleuse est-elle conservée, et la couche basale cornée seulement œdémateuse. Dans la couche cornée supérieure, il y a des foyers de noyaux fragmentés, des cellules migratrices, mais partout le déplacement de ces cellules est bien difficile en l'absence d'un liquide séreux ou fibrineux coagulé.

e. Aussi dans ce cas, l'infiltration du derme cellulaire est peu accentuée, le derme et l'épithélium même presque libre des cellules migratrices. La couche granuleuse n'est pas seulement conservée mais épaissie, la couche basale œdémateuse, les couches supérieures presque non altérées, moins œdémateuses que dans la préparation précédente.

f. Type vraiment psoriasiforme. Des boutons épithéliaux longs et des papilles hautes alternant régulièrement. L'infiltration du derme peu accentuée. Pas de migration de cellules dans l'épithélium. L'épaississement de la couche granuleuse indique la lenteur de la cornification. L'épaississement énorme de la couche basale cornée, sans métamorphose dans une couche cornée moyenne, prouve qu'il y a une cohérence très augmentée de la couche basale. Cette squame ferme, cornée, renferme des foyers de noyaux fragmentés provenant peut-être d'une dégénération nucléaire des cellules cornées.

Dans ces trois préparations, vous avez le passage d'un eczéma sec, circiné sternal par exemple, au type psoriasiforme du même eczéma trouvé au coude. La dernière préparation est extrêmement difficile à distinguer d'une préparation de vrai psoriasis.

g. La septième préparation vous montre, sous un fort grossissement un état qui ne se trouve pas dans tous les eczémas séborrhoïques, mais auquel j'attribue une grande valeur, lorsqu'il existe, c'est la continuation de la prolifération karyokinétique jusqu'au fond des glandes glomérulaires. Jusqu'ici, c'est seulement dans l'eczéma séborrhoïque et non dans un état physiologique ou pathologique quelconque de l'adulte, que j'ai trouvé des figures karyokinétiques en cet endroit. Je crois que la continuation du processus séborrhoïque dans ces glandes fait comprendre la nature rebelle et récidivante de certaines formes de l'eczéma séborrhoïque.

VI. Sarcome cutané pigmentaire multiple idiopathique, avec début par les extrémités (Type de Kaposi),

par M. le professeur Kalindero (de Bucharest).

L'histoire du sarcome généralisé de la peau a été faite dans ces derniers temps. Actuellement, nous avons les articles des Dictionnaires de Dechambre, de Jaccoud, les communications aux Sociétés médicales, enfin la thèse du Dr L. Perrin qui résument la question.

Nous venons à notre tour, M. le professeur Babès et moi, vous entretenir sur ce sujet et sur certaines particularités d'interprétation, relatives à la pathogénie et à la physiologie pathologique de quelques-uns de ces cas et de notre cas en particulier.

Qu'il nous soit permis de vous donner un court exposé clinique de l'état de notre malade, afin de mieux insister sur l'anatomie patholo-

gique et sur les points de doctrine qui concernent quelques-unes de ces tumeurs.

Dragan Stan, vingt-quatre ans, entra à l'hôpital Brancovan, le 27 janvier 1889, pour des éruptions sur les pieds et les mains, qui s'accompagnaient de saillies rondes, dures, soit dans le derme, soit dans l'hypoderme ; de véritables tumeurs multiples. L'histoire de notre cas peut se résumer dans ces quelques mots :

Pas d'antécédents héréditaires d'aucune nature. — Parents bien portants. Notre malade n'a jamais eu d'affection diathésique ou infectieuse, pas de syphilis ni de scrofule. Homme fort, robuste, actuellement dans l'armée territoriale, il paraît très intelligent et nous raconte les faits suivants :

Apparition de gonflements sur les mains (articulations du carpe) et les pieds, pendant l'hiver de l'année 1885 à 1886. Au mois d'août 1887, les parties malades se tuméfient et se colorent davantage ; en automne de l'année 1888 apparaissent, à la suite d'un refroidissement, des douleurs avec brûlure et sentiment de cuisson sur toutes ces parties. Actuellement, nous voyons en outre, sur les membres, des éruptions formant des taches veineuses et saillantes le long des cuisses, des jambes, etc. Ces éruptions noueuses, véritables tumeurs dermiques et hypodermiques ne dateraient que de quatre mois seulement; leur nombre est considérable, plus de quatre cent cinquante, qui pourraient être réparties par régions, de la manière suivante :

27 sur la face,
12 sur le cou,
114 sur le thorax,
22 sur l'abdomen,
191 sur les membres intérieurs.

Ces tumeurs ont débuté par les extrémités pour se généraliser ensuite au tronc, à la face, comme dans le type Kaposi.

Elles ont commencé tout d'abord par un gonflement des doigts, un œdème dur, accompagné d'un picotement, d'un prurit, avec tension désagréable de la peau.

Par le toucher, on peut constater, au niveau des parties tuméfiées, comme des nodosités à coloration brunâtre, lie de vin, violacées ; elles forment par places des plaques infiltrées dans le derme; dans d'autres points, elles conservent leur caractère de simples noyaux, se confondant les unes avec les autres et ayant une coloration bleuâtre au brun rougeâtre. Ailleurs on voit des plaques ecchymotiques, qui s'infiltrent petit à petit, formant des plaques saillantes mamelonnées, susceptibles de s'arrondir au point de former des noyaux proéminents à la surface de la peau.

Dans notre cas, il n'y a pas eu de symptômes généraux de début ; il existe cependant un amaigrissement qui progresse de jour en jour.

Le nombre de ces tumeurs est considérable, avons-nous dit ; elles occupent le tégument externe seulement, car on ne trouve pas de pareilles productions sur les muqueuses. Les organes splanchniques ne nous présentent pas d'altération appréciable dans les différents examens faits par nous à différentes reprises. La coloration des tumeurs varie du bleu au rouge brun, en passant par le gris bleuâtre. En général, les tumeurs hypodermiques ne présentent pas de coloration de la peau, elles ne se colorent qu'autant qu'elles sont ou deviennent dermiques.

Ces tumeurs s'agglomèrent sous forme de plaques, à la périphérie desquelles on constate les nodosités. Leur forme est plus ou moins irrégulière.

Les nodosités isolées ont un volume d'un pois à une noisette. Leur consistance n'est pas tout à fait fibreuse. Quelques-unes, semi-dures, spongieuses, profondément adhérentes à la peau qui les recouvre. Les tumeurs sont, les unes dermiques, les autres hypodermiques.

Le malade n'éprouve qu'une sensation de brûlure; quelques douleurs vagues dans les doigts. La sensibilité au tact, à la température, est conservée.

Il ne peut fléchir les doigts qui restent écartés, la marche est pénible. Il n'y a pas d'autres troubles de la sensibilité, sinon la sensation d'un froid général dans la peau. Les tumeurs paraissent rester stationnaires pour le moment, elles sont recouvertes d'éruptions secondaires, produites par les influences extérieures telles que le froid, etc. Ces éruptions ressemblent à de l'eczéma avec des vésicules ou des squames.

Ces nodosités s'affaissent et laissent à la surface de la peau des dépressions pigmentées.

Parmi ces tumeurs, quelques-unes se ramollissent, forment une dépression avec un bourrelet induré, d'une couleur rouge brun.

Il n'y a pas d'ulcération ordinairement. Là où elles existent, les tumeurs se gonflent comme une éponge, se détruisent par leur surface et mettent à nu un tissu gorgé de sang. Elles ont l'aspect de tumeurs hémorroïdales, couleur de chair.

Ces tumeurs sont :

1° Intra-dermiques et l'épiderme est recouvert de squames qui prennent l'aspect corné.

2° Hypodermiques.

Les ganglions et le système lymphatique en général ne paraissent pas altérés dans notre cas; quelques-uns toutefois paraissent légèrement épaissis, mais parfaitement indolents. Le malade sort au bout d'un mois de séjour à l'hôpital.

Nous avons eu soin de discuter le diagnostic parfois très difficile.

Le diagnostic différentiel a dû être fait avec l'infection syphilitique, les cysticerques de la peau, les fibromes, les névromes, les myomes, le mycosis fongoïde, enfin, avec la lèpre.

L'examen du sang, l'examen des croûtes ou des matières recueillies à la surface des tumeurs, n'ont pas donné de bacilles de la lèpre.

L'examen microscopique des tumeurs a pu seule préciser le diagnostic.

Examen des tumeurs dermiques.

On a enlevé deux tumeurs sur les avant-bras tout en conservant la peau. Ces tumeurs dermiques, mais profondes et situées dans le tissu fibreux du derme et sous la couche des glandes sudoripares, pénètrent aussi dans les tissus hypodermiques.

Il semble que la couche cornée soit hypertrophiée, tandis que la couche de

Malpighi est un peu atrophiée. Dans la couche profonde de l'épithélium, entre les cellules, il y a des nids qui contiennent des cellules migratrices. Les mêmes cellules se retrouvent dans la couche limitante du derme.

Les papilles sont peu prononcées et la couche des cellules cylindriques est plus pigmentée. Les vaisseaux de la couche superficielle aréolaire sont entourés d'un tissu embryonnaire. Les cellules endothéliales des vaisseaux du derme sont gonflées ; il y a beaucoup de muscles lisses dans la couche suivante du derme, dont le tissu fibreux est pauvre en cellules.

Le long des vaisseaux seulement et dans leurs différentes couches, on trouve des cellules proliférées.

Les follicules pileux semblent être un peu altérés, en ce sens que dans la profondeur et surtout dans leur partie qui communique avec les glandes sébacées, les cellules épithéliales sont souvent embryonnaires et en multiplication, ou bien on trouve entre les cellules des éléments embryonnaires.

Les muscles des poils sont très développés et forment des masses d'un diamètre qui va jusqu'à 0,4. La couche plus profonde, moins serrée, présente des fibres plus riches en cellules et contenant des glandes sudoripares qui semblent être parfaitement saines. On y voit les nerfs tout à fait normaux en apparence, des vaisseaux plus gros et qui, par place, sont entourés par des hémorragies.

Certains vaisseaux des glandes sudoripares contiennent en même temps des leucocytes multinucléaires en assez grande quantité.

Certains vaisseaux qui se trouvent surtout à la limite du tissu sous-cutané, ordinairement des artères, sont enveloppés par des hémorragies qui pénètrent entre les fibres et dans le tissu graisseux ; d'autres petits vaisseaux, situés dans l'intérieur de ces foyers hémorrhagiques, sont entourés de leucocytes polynucléaires, et même dans l'intérieur de ces vaisseaux, il y a des couches entières de semblables cellules. Ce tissu infiltré de sang et contenant beaucoup de leucocytes forme la limite entre la peau et la tumeur. Tout d'abord, on observe une disposition lamellaire des tissus suivants avec des espaces remplis de sang, et qui sont sans doute des vaisseaux dont les parois sont difficiles à reconnaître.

Ces vaisseaux deviennent plus denses et sont entourés de petits grains de pigment jaune ; leurs ramifications entrent obliquement dans la tumeur.

La tumeur est formée de faisceaux entrelacés ; entre ces faisceaux, il y a un réseau vasculaire sanguin et peut-être aussi lymphatique. Ces vaisseaux donnent à leur tour des ramifications dans l'intérieur des lobules de la tumeur. Les parois des vaisseaux situés à la périphérie des tumeurs sont plus riches en cellules. L'hypertrophie porte sur toutes les couches des parois vasculaires ; les cellules endothéliales sont en prolifération et le tissu conjonctif renferme de grandes cellules fusiformes. On peut dire qu'en général les vaisseaux deviennent d'autant plus riches en cellules, qu'ils pénètrent davantage dans l'intérieur de la tumeur, et que leur calibre diminue davantage. En étudiant la ramification des vaisseaux, on constate facilement, surtout si on traite la tumeur par l'acide osmique ou la liqueur de Fleming, que presque toute la tumeur est formée par des vaisseaux et par leurs parois en prolifération ; on peut constater cette altération à la périphérie de la tumeur, tandis que vers son centre, les éléments sont tellement pressés qu'on ne voit ni la lumière, ni des globules rouges dans l'intérieur de ces vaisseaux qui composeraient pour ainsi dire la tumeur.

A la périphérie, on constate les lésions suivantes :

Tandis que les vaisseaux qui passent dans l'interstice des tubercules ont encore leur paroi composée d'une couche endothéliale proliférée et détachée en partie, sous forme de cellules fusiformes et d'une couche extérieure riche en cellules semblables ; les mêmes vaisseaux, en entrant dans les lobules, ne sont plus reconnaissables. Ordinairement ils deviennent plus larges, ils forment une espèce de glomérule, un tissu caverneux, ou bien comme des ramifications. Il est à remarquer que leur lumière est oblitérée par la prolifération des cellules endothéliales devenues fusiformes ou ayant la forme de crosse. C'est seulement par le procédé sus-indiqué, qu'on constate encore souvent la présence des globules rouges dans l'intérieur de ces vaisseaux dégénérés et devenus atypiques.

Il est important d'insister sur ce fait que c'est justement dans ces vaisseaux qui offrent une semblable prolifération de cellules endothéliales, qu'on trouve auprès de globules rouges très peu résistants des grandes cellules en voie de division indirecte et qui occupent ordinairement le centre de ces formations; en allant de la périphérie vers le centre de la tumeur, on a de plus en plus l'impression d'une tumeur composée de faisceaux de cellules fusiformes, et dans lesquels on ne peut plus reconnaître la trace de leur origine.

On constate toutefois parmi les cellules, que quelques-unes de ces dernières sont en voie de division indirecte. — Dans le tissu inter-trabéculaire, les vaisseaux deviennent de plus en plus embryonnaires à mesure qu'on se rapproche du centre de la tumeur.

Leurs cellules endothéliales présentent souvent des figures de kariomitose. Elles remplissent alors complètement la lumière de ces vaisseaux qui sont d'ailleurs entourés des cellules fusiformes. Ces dernières n'ont que des rapports visibles avec les parois du vaisseau. Ce sont peut-être des cellules multipliées, entre lesquelles on constate souvent des fentes lymphatiques, auxquelles ces cellules servent en partie de paroi.

Pour terminer, Messieurs, nous dirons que notre cas se rapproche de la variété Kaposi à caractères angiomateux, à néoformation vasculaire, qui se manifeste dès le début, de sorte que ce sont surtout ces tumeurs qui nous donnent une preuve puissante de l'origine vasculaire des sarcomes en général, et c'est pour cette raison que nous avons insisté spécialement sur l'histologie de notre tumeur.

C'est donc un véritable sarcome cutané généralisé idiopathique de Kaposi, avec l'interprétation originale de l'un de nous, au point de vue de la physiologie pathologique, et de la genèse de la classification de cette variété de sarcome.

VII. Lupus érythémateux typique (séborrhée congestive de Hebra), disséminé sur la face, le cuir chevelu, le tronc et les membres, survenu à la suite d'un violent choc moral,

par M. le Dr L. Perrin (de Marseille).

Dans toute maladie, quelle qu'elle soit, cutanée ou autre, il y a toujours deux éléments étiologiques principaux : 1° la cause occasionnelle ou essentielle, cause active de l'affection ; 2° les modifications de l'organisme qui permettent l'action de cette cause, ce que l'on appelle l'opportunité morbide, ce que l'on pourrait appeler une cause passive des maladies. L'observation suivante montre que cette question de terrain n'est pas indifférente, pour le développement du lupus érythémateux.

Observation. — Dans cette observation, il s'agit d'une jeune fille âgée de dix-huit ans, qui est brune, grande, forte et bien développée. Son père est arthritique et nerveux. Quant à elle, jamais elle n'a fait de maladie sérieuse : elle est sujette seulement à avoir des migraines et, depuis l'âge de dix ans, toutes les années, au commencement de l'été, a des accès de la fièvre des foins (épistaxis fréquentes, larmoiement, coryza). Elle est de plus très nerveuse, très impressionnable, mais n'a jamais eu d'attaques de nerfs. La menstruation s'est établie assez difficilement entre quinze et seize ans, elle était régulière et abondante jusqu'au mois de février 1887, époque du début de l'affection cutanée de Mlle X...

A cette époque, la malade a éprouvé un trouble profond, un violent choc moral au moment du tremblement de terre qui fut ressenti à Marseille, le 23 février 1887. La malade fut, à la suite de cet accident, véritablement affolée : elle resta deux nuits sans vouloir ni se déshabiller, ni se coucher; elle ne mangeait plus, sa surexcitation nerveuse était extrême. Les règles qui étaient attendues dans les premiers jours du mois de mars, ne se montrèrent pas et Mlle X... constata au-dessous du lobule de l'oreille gauche, une petite tache rouge grosse d'abord comme une lentille; elle s'agrandit peu à peu dans la suite.

Au mois d'avril, l'aménorrhée persiste, des taches semblables apparaissent en arrière du pavillon de l'oreille droite, dans le cuir chevelu et sur le corps. A partir du mois de mai, la suppression des règles n'est pas complète, mais elles sont peu abondantes, irrégulières, durent à peine un jour. Mlle X... éprouve à ce moment des troubles bizarres; elle est agitée, peureuse, etc., elle a de l'anorexie, de l'insomnie, ou bien si elle dort, le sommeil est agité, elle se lève la nuit étant endormie, etc. Ces phénomènes se sont toujours montrés d'une manière très accentuée, quelques jours avant l'apparition de nouvelles plaques. Celles-ci se sont montrées au mois de septembre, au mois d'octobre, toujours au moment de la menstruation. A partir du mois de novembre, celle-ci est redevenue normale, aucune autre plaque n'a été constatée et en même temps l'état nerveux s'est amélioré d'une manière manifeste.

Les diverses plaques, dont nous avons signalé les dates d'apparition, sont érythémateuses, plus ou moins étendues, plus ou moins irrégulières, à bords assez nets et un peu saillants; elles siègent à la face, sur le cuir chevelu, sur la face postérieure de l'avant-bras droit à deux travers de doigts au-dessus du poignet, sur la région thoracique latérale gauche, sur la cuisse droite au-dessus du genou.

A la face, les taches siègent : l'une (la première apparue) à 2 centimètres au-dessous du lobule de l'oreille gauche; elle est allongée, son plus grand diamètre vertical mesure 3 centimètres et demi et elle est large de 2 centimètres à sa partie supérieure et de 1 centimètre en bas. En arrière du pavillon de l'oreille droite sur la région mastoïdienne existe une autre tache plus petite, arrondie, ayant assez exactement les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Au début, ces plaques étaient très petites, variant d'une tête d'épingle à une lentille.

Leurs bords sont bien limités, rouges, un peu surélevés et présentent de nombreux petits points noirs. Au centre, la peau est déprimée et recouverte d'un enduit rugueux grisâtre très adhérent, formant une véritable couche crétacée. On y voit de fines squames épidermiques adhérentes parmi lesquelles existent des orifices glandulaires remplis par un bouchon sébacé. Ces petits points comédoniens crétacés sont plus saillants sur la grande plaque à gauche. Cette production donne à la surface de la plaque un aspect granité caractéristique. Au toucher, ces plaques sont légèrement infiltrées; elles ne sont pas douloureuses.

Dans le cuir chevelu, existe dans la région occipitale supérieure, une plaque semblable, de la dimension d'une pièce de un franc, mais au niveau de laquelle la rougeur, la dépression centrale, l'aspect crétacé sont encore plus marqués; les cheveux sont en partie tombés en ce point. Sur le reste du corps on trouve : trois petites taches rouges sur le thorax à gauche au niveau des dernières côtes, deux sur la face postérieure de l'avant-bras gauche à deux travers de doigt au-dessus du poignet, enfin une dernière tache se trouve à la face interne de la cuisse droite au-dessus du genou. Ces taches sont petites, ont toutes à peu près les dimensions d'un pois, elles sont arrondies plus ou moins irrégulièrement, bien limitées, rouges; la rougeur disparaît temporairement par la pression, enfin elles sont le siège d'une desquamation pityriasique gris blanchâtre et adhérente.

Quelles que soient les régions qu'elles occupent (face, cuir chevelu, tronc, membres), ces plaques ne sont le siège d'aucun phénomène subjectif, ni douleur, ni prurit, elles ont toujours été absolument sèches. Au mois de septembre, apparition de nouvelles plaques : deux sur la cuisse droite, quatre sur le tronc, elles ont à peine les dimensions d'une lentille. Au mois d'octobre, les trois nouvelles taches qui se sont montrées siègent, deux sur l'avant-bras gauche et une sur la jambe près du genou.

Depuis cette époque, aucune nouvelle tache ne s'est montrée; l'état général de la malade était excellent; quant à l'aspect des plaques, celles du corps avaient perdu leur coloration rouge; elles étaient déprimées, cicatricielles, brun jaunâtre. Celles de la face étaient plus apparentes, blanc grisâtre au centre, la bordure était d'un brun foncé, couleur chamois, café au lait.

Le traitement pendant toute la durée de la maladie, qui a été suivie de septembre 1887 à mai 1888, a consisté à employer des emplâtres de savon noir

en alternant avec des applications d'emplâtre de Vigo et enfin des badigeonnages avec le collodion salicylé.

L'affection n'ayant pas pris beaucoup d'extension et n'ayant pas profondément infiltré les téguments, il était inutile de recourir aux scarifications linéaires ou cautérisations avec le galvano-cautère.

Comme traitement général : hydrothérapie, séjour à la campagne et médication pour rappeler et régulariser les fonctions menstruelles.

Remarques cliniques. — En résumé, dans cette observation nous avons eu affaire à une jeune fille très impressionnable, fille d'arthritique et de nerveux, qui a ressenti à la suite du tremblement de terre (février 1887), un violent choc moral. A la suite de ce trouble, suppression des règles pendant trois à quatre mois et apparition de plaques discoïdes de lupus érythémateux à la face, au cuir chevelu et sur le corps.

A chaque époque menstruelle incomplète, avortée, les phénomènes de congestion, du molimen menstruel étaient marqués et de nouvelles plaques apparaissaient dans le voisinage des premières. Quand les règles sont redevenues normales, les phénomènes nerveux et cutanés ont disparu.

Le diagnostic de cette affection nous paraît peu discutable : les plaques du cuir chevelu et de la face étaient des plaques absolument typiques de lupus érythémateux à forme acnéique. Quant à celles du corps, on aurait pu les confondre avec des taches de psoriasis ; mais dans cette affection, l'adhérence de la squame est bien moindre, elle est plus sèche, plus petite, plus abondante, enfin on trouve l'état saignant du corps papillaire. Nous avions affaire au contraire à une tache érythémateuse, à centre déprimé, à bords surélevés et recouverts d'une desquamation adhérente furfuracée, signes du lupus érythémateux pityriasiforme. Quant au diagnostic avec la syphilide circinée, il est inutile d'y insister.

Comment peut-on interpréter l'influence non douteuse du choc moral sur la production d'une affection, lupus érythémateux, qui dans les conditions ordinaires ne paraît avoir aucune relation avec le système nerveux ? A notre sens, quelle que soit l'idée que l'on se fasse de la nature du lupus érythémateux, qu'il s'agisse d'une affection causée par le bacille de Koch ou qu'il s'agisse d'une lésion ayant une autre origine, nous pensons que l'observation présente démontre que, pour se développer, cette affection exige une modification spéciale de l'organisme. Dans les maladies attribuées à des microbes, le microbe n'est souvent qu'une cause occasionnelle, la maladie ne se fût pas développée si le microbe n'eût trouvé un terrain favorable à son évolution. Pour le bacille de Koch auquel un certain nombre d'auteurs attribuent l'origine du lupus érythémateux, ne savons-nous pas que la question du terrain

est capitale, ne savons-nous pas que le bacille de Koch ne germe pas dans les milieux de culture ordinaires, qu'il lui faut des aliments spéciaux?

Dans ces conditions, il nous paraît certain que la modification profonde apportée à l'organisme par un choc moral (modification qui s'est traduite en particulier par la perturbation des fonctions menstruelles), a préparé le terrain pour l'évolution de la maladie, quelle que soit sa cause; et, à ce point de vue, notre observation présente un certain intérêt en démontrant que les causes d'apparence banale si souvent invoquées par les anciens ne doivent pas, sous l'influence des doctrines microbiennes, être complètement rejetées; elles jouent aussi leur rôle, mais ce rôle est nettement déterminé par les connaissances modernes.

VIII. Le lupus du larynx,

par M. le Dr Louis-Jean-Baptiste Marty (de Paris).

Le lupus du larynx, inconnu autrefois, était considéré, il y a quelques années encore, comme une rareté pathologique. Cela tient à ce qu'on ne s'avisait pas de le rechercher et à ce que l'exploration ne s'étendait pas au delà de la cavité buccale et du pharynx. Petit à petit, le laryngoscope s'est vulgarisé et est entré dans la pratique courante. La dermatosyphiligraphie a largement bénéficié de cette importante découverte. Les laryngopathies syphilitiques, les manifestations laryngées du lupus et de la lèpre sont aujourd'hui connues et décrites.

Ayant été amené à étudier tout spécialement le lupus du larynx, je demande au Congrès la permission de lui exposer quelques particularités ayant trait à cette maladie, qui, sans être très commune, est cependant plus fréquente qu'on ne l'a cru pendant bien longtemps. Je m'expliquerai tout à l'heure au sujet de la *fréquence.*

Et d'abord, *le lupus du larynx demande à être recherché.* C'est un fait aujourd'hui acquis et hors de doute. S'il est, en effet, quelques lupiques qui présentent des troubles vocaux, et chez lesquels la laryngopathie peut ainsi être soupçonnée, il en est d'autres en revanche, et je ne crains pas de le dire, le plus grand nombre, qui ne présentent pas d'altération de la voix et chez lesquels rien n'indique qu'il y a quelque chose d'anormal du côté du larynx. Cela tient à ce que les cordes vocales vraies, celles qui constituent la glotte proprement dite, résistent pendant un temps relativement long au processus lupique, et ne se prennent qu'à une époque avancée du mal. Aussi, tous ceux qui ont observé des laryn-

gopathies lupeuses, notamment M. le professeur Haslund (de Copenhague) et MM. Chiari et Riehl, ont dit de la façon la plus formelle, et cela avec juste raison, que quand on se trouve en présence d'un lupique, on doit examiner le larynx de parti pris et au même titre que la peau, les fosses nasales, la bouche et le pharynx. C'est un point sur lequel je crois devoir insister à mon tour.

Tantôt le lupus du larynx coexiste avec une affection de même nature sur la peau ou sur d'autres muqueuses; tantôt, au contraire, il est isolé, solitaire, et frappe seulement le larynx, les autres parties de l'organisme étant indemnes. Le premier cas, dit *lupus secondaire*, est incomparablement plus fréquent que le second, dit *lupus primitif*, qui passe encore pour une rareté, puisqu'on en connaît à peine quelques cas.

Primitives ou secondaires, les laryngopathies lupeuses présentent les mêmes symptômes objectifs. Je me bornerai à indiquer seulement les lésions que révèle le laryngoscope, laissant de côté les lésions d'organes voisins.

Les parties malades, rouges au début, pâlissent, s'anémient peu à peu et présentent au bout d'un certain temps une coloration particulière que je comparerai volontiers à celle du foie gras de canard. En même temps, elles s'hypertrophient et acquièrent, dans quelques cas, un développement énorme, éléphantiasique, auquel l'élément ulcéreux vient s'ajouter plus tard.

C'est surtout l'épiglotte et la région sus-glottique qui sont les premières frappées et les plus endommagées. L'épiglotte mince et tranchante à l'état normal, s'épaissit, et prend les apparences les plus bizarres. Ses bords deviennent des faces. Tantôt elle se présente sous l'aspect d'un bourrelet transversal plus ou moins volumineux, tantôt elle se cambre et prend la forme d'un tricorne, d'autres fois elle se recroqueville en fer à cheval, en phimosis, etc. A cet état hypertrophique, viennent s'ajouter chez certains malades des ulcérations, qui petites, au début, s'étendent, se fusionnent et donnent lieu à des pertes de substance plus ou moins vastes, pouvant aller jusqu'à la destruction du fibro-cartilage. Dans certains cas, l'opercule laryngien est hérissé de saillies pédiculées ou sessiles; il est mamelonné, framboisé, mûriforme.

Après l'épiglotte et souvent simultanément avec elle, la région aryténoïdienne et les cordes vocales supérieures se prennent et présentent un aspect hypertrophique, mûriforme et à la longue des ulcérations. Toutes ces parties (épiglotte, aryténoïdes, fausses cordes) présentent une dureté assez grande. Elles donnent au toucher ou au contact d'un stylet, la sensation d'un œdème dur et résistant.

Quant aux cordes vocales inférieures, elles ne se prennent qu'à la longue; elles s'injectent d'abord, présentent quelquefois de petites saillies polypiformes qui ne sont autres que des productions lupiques; elles s'ulcèrent ensuite, et quand les ulcérations sont assez profondes pour détruire leur insertion, elles ne possèdent plus la tension nécessaire pour vibrer. La voix est désormais perdue.

Tels sont les signes objectifs que révèle le laryngoscope. Quant aux troubles fonctionnels, ils ne sont bien marqués qu'à une période avancée de la maladie. Pendant longtemps, le lupus évolue d'une façon torpide et latente; les lésions sont indolentes ou à peu près; encore le plus souvent, quand il y a douleur, c'est une douleur angineuse due à un lupus du pharynx concomitant. Pas de troubles vocaux ni respiratoires; l'expectoration est nulle; mais chez un grand nombre de malades, on observe à un moment donné un ptyalisme assez marqué. En somme, pendant un temps fort long, les troubles fonctionnels sont peu accusés; quelquefois, cependant, l'hypertrophie de la région sus-glottique est telle, qu'il se produit des troubles respiratoires sérieux, (cornage, cyanose, etc.) et de l'œdème de la glotte, qui a nécessité dans quelques cas la trachéotomie.

La marche est très lente; l'évolution minima est toujours de plusieurs mois; même après guérison, il peut survenir de nouvelles poussées sur les cicatrices. Celles-ci, du reste, ne sont pas exemptes de danger et peuvent, par leurs adhérences et leurs tiraillements, déterminer des laryngosténoses; aussi le pronostic doit-il toujours être réservé.

Le diagnostic offre peu de difficultés, quand on a affaire à un malade présentant sur un point quelconque du corps un lupus en activité ou éteint, et qu'on trouve dans le larynx quelques-uns des signes objectifs que j'ai énumérés ci-dessus. Mais là où la difficulté est grande, c'est quand on se trouve en face d'un malade n'ayant aucune trace de lupus sur la peau ni sur les autres muqueuses. Alors, il faut examiner très minutieusement le sujet, rechercher avec un soin tout particulier les lésions scrofulo-tuberculeuses récentes ou anciennes qu'il peut avoir, s'enquérir de sa santé antérieure, de celle des ascendants, etc. Mais, le plus souvent dans ce cas, ce n'est que d'après les résultats du traitement et la marche de la maladie qu'on arrive à un diagnostic ferme, à moins qu'il ne survienne rapidement à la peau ou sur une autre muqueuse un lupus qui lève tout doute.

La syphilis laryngée, surtout la forme gommeuse infiltrée, présente des analogies si grandes avec le lupus du larynx, que souvent, le diagnostic différentiel est impossible. Même prédominance sur l'épiglotte et la région sus-glottique. Mais les ulcérations ont une disposition topogra-

phique plus circinée, leur fond est plus jaune, le pus qui s'en écoule plus crémeux ; les parties périphériques, plus franchement inflammatoires, sont d'un rouge plus foncé. Les cicatrices ont le même aspect dans les deux affections, mais les nouvelles poussées ne se produisent jamais sur les cicatrices, dans la syphilis, ce qui arrive pour le lupus. Ce signe, indiqué par Chiari et Riehl comme pathognomonique, est excellent, quand on peut le constater. Enfin, c'est au traitement spécifique qu'il faudra s'adresser dans le cas douteux. Son inefficacité plaidera en faveur d'un lupus du larynx.

Dans la phtisie laryngée commune, les troubles fonctionnels, douleur, toux, expectoration sont plus marqués, l'hypertrophie œdémateuse plus molle, on ne voit plus des nodules durs et polypeux, mais des granulations jaunes, petites, molles; pas de cicatrices blanches et rétractiles. Les ulcérations sont plus nombreuses et renferment un grand nombre de bacilles. L'état des poumons achève le diagnostic.

La lèpre du larynx ressemble quelquefois beaucoup au lupus; on se basera sur les accidents concomitants et la recherche du bacille lépreux.

Le cancer présente des masses en chou-fleur sécrétant un ichor fétide. La dysphagie est considérable, les douleurs irradient vers les oreilles. L'âge du sujet et la cachexie consécutive empêchent toute erreur.

Je ne discuterai pas ici la nature tuberculeuse du lupus du larynx, dont je suis intimement convaincu, malgré le peu de succès de mes recherches bactériologiques, recherches qui ont porté sur des produits d'expectoration, sur du mucus pris à la surface d'ulcérations, et sur des fragments d'épiglotte excisés et qui ont toujours été négatives. Je ne m'attarderai pas non plus à parler du traitement général, qui est le même que pour le lupus de la peau (huile de morue, arsenicaux, etc.); mais je dirai un mot du traitement local qui rend de grands services dans la cure de cette affection. Un des moyens qui réussit le mieux consiste à badigeonner les parties malades avec une solution d'acide lactique, dont on varie le titre. La solution composée de parties égales de glycérine ou d'eau et d'acide lactique m'a toujours jusqu'ici paru suffisante. Chez certains malades, on se trouvera bien de faire précéder les badigeonnages à l'acide lactique, par des scarifications ou des mouchetures, faites soit avec des lames tranchantes, soit avec le galvano-cautère.

Le lupus du larynx, ai-je dit au début de cette communication, est plus fréquent qu'on ne l'a cru pendant longtemps. Voici, à cet égard, des chiffres très édifiants. En 1888, sur un total de quatre-vingt-neuf malades présentant des lésions lupeuses sur la peau ou les muqueuses, et que j'ai examinés au laryngoscope, j'ai trouvé *huit* cas très nets de

lupus laryngé. Cette année, j'ai examiné au laryngoscope, dans divers services de l'hôpital Saint-Louis, trente-cinq nouveaux lupiques. J'ai trouvé trois cas de laryngopathie lupeuse. Sur cent neuf malades dans les mêmes conditions, M. le professeur Haslund a observé dix cas de laryngopathie. La statistique de MM. Chiari et Riehl est analogue.

En somme sur *cent* lupiques, on en trouve en moyenne de *neuf* à *dix*, qui sont atteints de lupus de larynx. Ce n'est donc pas une quantité négligeable. J'ajouterai que les femmes y comptent pour une forte majorité.

Voici, en résumé, mes trois cas nouveaux de lupus du larynx :

Premier cas. — P..., jeune fille de quinze ans. Lupus des fosses nasales, ayant rongé toute la pointe du nez. Pas de troubles vocaux. Rien au pharynx et à la bouche. Larynx : épiglotte dure, échancrée, en forme de cœur à sa partie médiane, hypertrophiée. Gonflement aryténoïdien. Pas d'ulcérations. Indolence de ces lésions. Cordes vocales normales.

Deuxième cas. — R..., jeune fille de dix-huit ans. Lupus tuberculo-ulcéro-croûteux du membre supérieur droit, des joues, du menton, de la lèvre supérieure, du nez. Lupus de la conjonctive palpébrale droite, des fosses nasales, de la voûte et du voile du palais, du pharynx et du larynx.

Larynx : épiglotte pâle, dure, en forme de fer à cheval, mamelonnée sur certains points. Cordes vocales supérieures tuméfiées, recouvrant un peu les cordes vocales inférieures que l'on peut cependant apercevoir, et qui sont blanches, nacrées, et possèdent leur mobilité normale. Région aryténoïdienne et commissure postérieure, gonflées, mûriformes sur certains points. Pas d'ulcérations.

Pas de troubles vocaux (ce qui s'explique par l'intégrité des cordes inférieures). Indolence des lésions. Un peu de ptyalisme apparaissant d'une façon intermittente.

Troisième cas. — V..., homme de vingt-huit ans, ébéniste. Lupus érythémateux, disséminé, de la face et du cuir chevelu. Cavité buccale et pharynx normaux, sauf quelques granulations à la paroi postérieure du pharynx. Lupus du larynx, caractérisé par les lésions suivantes :

Épiglotte normale. Cordes vocales inférieures normales. Région aryténoïdienne tuméfiée, mamelonnée. Corde vocale supérieure droite, mamelonnée, mûriforme, présentant de petites saillies nodulaires qui lui donnent cet aspect framboisé, masquant la corde vocale inférieure correspondante et la comprimant (ce qui explique pourquoi le malade a depuis quelques mois la voix rauque). Pas d'ulcérations. Sensation de picotement dans le larynx.

A côté de ces cas de laryngopathie lupeuse secondaire, j'en placerai un autre qui présente encore bien plus d'intérêt, et que j'ai eu la bonne fortune d'observer dernièrement dans ma pratique particulière. Il s'agit, en effet, à mon avis, d'un *cas de lupus primitif du larynx, avec intégrité de la peau et des muqueuses.*

Voici en quelques mots l'observation de mon malade.

M. B. A..., âgé de vingt-six ans, habitant la province, vient me consulter dans mon cabinet, pour une sensation de picotements qu'il éprouve dans la gorge. Il jouit d'une bonne santé et paraît robuste et vigoureux.

Rien à noter du côté de la cavité buccale, ni du côté des fosses nasales. Il présente sur la paroi postérieure du pharynx quelques granulations assez marquées, et en présence du bon état général du sujet, j'étais tenté d'attribuer à cette pharyngite granuleuse l'ardeur que le malade me signalait du côté de sa gorge, quand poursuivant mon investigation, et appliquant le laryngoscope, je ne suis pas peu étonné, en apercevant du côté du larynx des lésions assez graves et qui sont les suivantes : *Épiglotte rouge, très hypertrophiée, légèrement mamelonnée, en forme de bourrelet, présentant à droite trois petites ulcérations jaunâtres. Région aryténoïdienne, rouge, tuméfiée, un peu mamelonnée, ulcérée à droite. Cordes vocales inférieures légèrement injectées.*

Toutes ces parties sont dures, et l'épiglotte notamment que je puis toucher avec mon index me donne la sensation d'un œdème résistant et induré. Pas de douleurs véritables. La voix est normale, sauf le soir, après les fatigues de la journée, et le matin au réveil. Elle est à ces moments, rauque, et un peu voilée.

En présence de ces lésions, à quoi fallait-il penser? A la phtisie laryngée? Je ne le crois pas? En effet, on n'observe des ravages aussi étendus que chez les individus arrivés à la dernière période de la tuberculisation, chez lesquels, par conséquent, les lésions pulmonaires sont avancées. Or, mon malade a des poumons en parfait état, il n'a jamais toussé, n'a jamais eu d'hémoptysies. Du côté des ascendants, rien à noter, au sujet de la tuberculose.

De plus, l'examen bactériologique a été fait à plusieurs reprises avec tout le soin désirable et toutes les précautions voulues, et on n'a rien pu constater. Par conséquent il fallait éliminer la phtisie laryngée.

L'idée d'épithéliome du larynx ne devait venir à l'esprit que pour être immédiatement rejetée. L'aspect des lésions, leurs caractères objectifs seuls, joints à l'âge du sujet (vingt-six ans) étaient suffisants pour détruire immédiatement l'hypothèse.

Fallait-il penser à la syphilis? Oui, et j'avoue que telle a été ma première impression en voyant ce larynx. Telle a été aussi celle de mon savant maître, M. Gouguenheim, à qui j'ai montré mon malade. Mais ce monsieur nie tout antécédent spécifique; il est intelligent, vivait dans un milieu d'amis également instruits et de plus syphiliphobes, par suite s'est surveillé. Je l'ai examiné attentivement, au point de vue de la syphilis, sur toute la surface du corps, de la tête à la plante des pieds; je n'ai rien trouvé de caractéristique, en ce qui concerne la spécificité. Néanmoins et quoique considérant mon malade comme de très bonne foi, j'ai eu recours au traitement spécifique, à titre de pierre de touche. M. B..... a pris, pendant vingt jours, 6 grammes d'iodure de potassium quotidiennement, en même temps que quatre pilules de tartrate ferrico-potassique de 20 centigrammes chacune. Je lui ai fait quelques pansements laryngiens avec une solution de chlorure de zinc au 30e. Au bout de vingt jours de traitement, M. B...., obligé de regagner son poste en province, est venu me montrer son larynx, et j'ai constaté :

1° Que l'hypertrophie était peut-être un peu moindre, mais d'une façon peu appréciable; 2° que les cordes vocales inférieures n'étaient pas malades;

3° mais en revanche, les ulcérations s'étaient étendues, les trois ulcérations épiglottiques notamment s'étaient fusionnées en une seule, qui avait enlevé un fragment de l'opercule laryngien; 4° enfin les parties étaient plus mamelonnées.

Je pensai alors qu'il fallait abandonner l'idée de laryngopathie syphilitique, et je me rattachai à l'hypothèse du lupus du larynx, confirmé que j'étais dans cette voie, en voyant, outre les lésions ci-dessus, que mon malade a la peau blanche, et les lèvres très rouges, de belles couleurs aux joues (la *formositas strumosa* bien connue des médecins de Saint-Louis), et enfin qu'il a eu des gourmes dans son enfance, et possède le long des sterno-mastoïdiens des ganglions qui devaient disparaître ou diminuer sous l'influence de l'iodure de potassium, et qui ont au contraire augmenté. Néanmoins pour en avoir le cœur net, pensant que le traitement spécifique n'avait pas eu une durée assez longue, j'ai ordonné à M. B... de prendre chaque jour deux cuillerées d'iodure de potassium à 2 grammes chacune, plus une cuillerée de sirop de Gibert, plus les pilules ferrugineuses ci-dessus indiquées. Je lui ai conseillé de prendre ce traitement pendant une vingtaine de jours, de cesser toute médication pendant le même laps de temps et de revenir. Il m'a écrit ces jours-ci qu'il avait suivi point par point mes avis, et que, n'allant pas mieux, il se disposait à venir me revoir. Je vais employer dès maintenant le traitement du lupus laryngé.

Ce cas, Messieurs, m'a paru intéressant, étant donnée surtout la difficulté du diagnostic. Je me crois autorisé à le regarder, pour ma part, comme un cas de lupus primitif du larynx. Néanmoins, je le soumets tel qu'il est à votre appréciation, et sous toutes réserves, me proposant de le publier *in extenso* ultérieurement, quand la lumière sera entièrement faite.

Je termine par là, Messieurs, ma communication, qui a eu surtout pour but de montrer :

1° Que le lupus du larynx est plus fréquent qu'on ne l'a cru pendant longtemps;

2° Qu'il faut, pour déceler sa présence et le diagnostiquer, le rechercher, et cela, en examinant de parti pris le larynx de tous les malades qui ont du lupus de la peau ou des muqueuses ;

3° Qu'il y a avantage non seulement à lui faire un traitement général, mais encore à lui faire un traitement local approprié, car on épargne ainsi aux malades bien des accidents graves dans l'avenir.

IX. Sur le traitement comparatif du lupus,

par M. le Dr Olavide (de Madrid).

Laissant de côté actuellement la description, la nature et les autres conditions cliniques du lupus, je vais vous dire, en peu de mots, *le résultat comparatif des divers traitements que j'ai suivis dans ma pratique* pendant vingt-cinq ans.

Lorsqu'en 1861 je fus chargé du service des maladies cutanées dans l'hôpital de San-Juan-de-Dios, de Madrid, la spécialité dermatologique n'était pas fondée dans ma patrie, du moins d'une manière pratique, et j'ai dû étudier dans vos livres mes premières notions scientifiques.

Devergie, Bazin, et Hardy, notre savant Président, furent mes maîtres.

D'eux j'appris à considérer le lupus comme une manifestation de la scrofule maligne, et du premier, un traitement médical par les hautes doses d'huile de foie de morue, qui me donna alors beaucoup de réussites et dans des cas très graves.

Il est vrai que localement j'appliquais toujours des substances plus ou moins antiseptiques ou caustiques; mais quand les malades ne pouvaient supporter les hautes doses d'huile, la maladie n'obéissait pas aux topiques et s'étendait, se reproduisait et se généralisait vite malgré eux.

En 1865, lorsque j'ai fait mes premières conférences de dermatologie à l'Académie médico-chirurgicale de Madrid, je fis connaître mon idée de détruire les tissus lupeux par les caustiques énergiques, actuels et potentiels, et, en 1866, j'ai commencé l'étude comparative des cautérisations avec le fer rouge, avec la pâte de chlorure de zinc et avec le crayon de nitrate d'argent.

La cautérisation avec le fer rouge d'abord, puis avec le thermo-cautère de Paquelin, faite dans les cas légers et peu étendus, me donna des résultats assez stables; mais dans les cas étendus et anciens, j'observais tout de suite la diffusion de la maladie à d'autres tissus, plus importants et plus profonds, tels que les articulations et les viscères.

Plusieurs tumeurs blanches et des tuberculoses généralisées, rapidement développées dans les poumons et les intestins, se présentèrent chez presque tous les lupeux graves que j'ai traités avec la cautérisation actuelle; c'est pourquoi j'ai cru devoir la limiter aux cas légers, récents et peu étendus.

La cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc, qui donne de si bons résultats dans les épithéliomes, me donna aussi des effets mauvais,

le lupus s'étendant rapidement à d'autres parties du corps, et la tuberculose se développant dans les articulations et les viscères.

Le nitrate d'argent, la teinture d'iode à saturation et l'acide phénique pur liquéfié par la chaleur, sont les caustiques que j'ai le plus employés, et avec le plus de réussite dans le traitement local du lupus.

La teinture alcoolique caustique d'iode n'a pas de rivale dans le traitement des lupus tuberculeux non ulcérés; le nitrate d'argent pur n'en a pas non plus dans les ulcères étendus. Avec la première, on parvient à résoudre beaucoup de petits lupus; avec le second, on peut guérir et cicatriser les ulcérations étendues ou dispersées de beaucoup de lupeux. De l'acide phénique liquéfié par la chaleur, je puis dire presque autant de bien que du nitrate d'argent.

Mais, Messieurs, il ne faut jamais oublier le traitement général antiscrofuleux, les toniques, les bains de mer et les bains sulfureux, parce que sans eux alors la guérison est apparente et la maladie se reproduit prochainement.

La lenteur de ces traitements a fait inventer plus récemment des procédés de destruction plus rapides et plus ingénieux, et ici doivent être cités les savants confrères qui ont imaginé les ponctions et les scarifications multiples et répétées dans diverses séances, le raclage avec les cuillères tranchantes, et finalement la galvano-caustique.

Relativement à cette dernière, sauf la simplicité du maniement, je ne vois pas en quoi elle doit différer dans les résultats de la cautérisation actuelle du fer rouge ou du thermo-cautère; parce que, lorsque l'électricité se transforme en chaleur, elle agit comme chaleur et non comme électricité, c'est-à-dire qu'elle opère de même que le thermo-cautère; et, pour cette raison, je renvoie à ce que j'ai dit de la cautérisation actuelle.

Les ponctions et les scarifications multiples sont des procédés ingénieux et très utiles lorsqu'on n'exagère pas, qui améliorent rapidement les lupus et arrêtent leur invasion dans les périodes de marche brusque que cette maladie a fréquemment.

Si après cinq ou six séances, une par semaine, on se repose et on emploie l'iode, le sublimé ou l'acide phénique, on voit quelquefois, et j'ai vu dans ma pratique des effets très rapides; mais si, après un repos d'un mois, l'affection tend à croître, on doit insister sur des nouvelles ponctions ou des scarifications multiples.

Le raclage, plus rapide dans la séparation ou l'élimination du tissu lupeux, est un bon moyen, mais qui me paraît inférieur aux scarifications par les cicatrices qu'il laisse, et parce que, quand les lupus sont étendus et très douloureux, j'ai observé dans quelques cas la même

diffusion ou généralisation rapide de la tuberculose, aussitôt après le deuxième ou le troisième raclage, ce qui s'observe chez les malades traités par le cautère actuel ou la galvano-caustique.

Dans le traitement du lupus, on ne doit jamais oublier l'usage de certains remèdes auxiliaires, tels que le pansement antiseptique après la cautérisation ou le raclage, les pommades ou emplâtres mercuriels, celles de résorcine et d'acide salicylique, les lotions boratées, phéniquées, sublimées, et sulfureuses sodiques ou calciques, ou chlorurées sodiques sulfureuses, ces dernières, base du traitement hydro-minéral.

Résumant mes idées sur le traitement du lupus, je poserai les conclusions suivantes, fondées sur l'étude de 790 cas à peu près dont j'ai suivi les observations, et de beaucoup d'autres encore.

1° Le lupus étant pour moi une manifestation de la scrofule maligne dans laquelle j'ai vu quelquefois le *bacillus phymogenus*, ce qui indique son identité avec la tuberculose ou du moins la facilité qu'a le terrain scrofuleux à cultiver et favoriser le développement dudit germe parasitaire, on ne peut nullement se passer d'un traitement tonique réparateur anti-scrofuleux et antiseptique qui modifie ce terrain et reconstitue l'organisme. Le séjour à la campagne ou à la mer, la viande, le vin, les liqueurs, l'huile de foie de morue, les hypophosphites, l'iode, les iodures de fer, de potassium et de sodium, la gymnastique, les douches et d'autres moyens stimulants, entre autres les eaux sulfureuses et chlorurées sodiques jouant un grand rôle, peuvent remplir cette première et fondamentale indication.

2° Le traitement local du lupus doit amener la résolution ou la destruction du tissu malade. On obtient souvent la première avec la teinture d'iode, les onctions mercurielles ou les emplâtres du même genre, les douches sulfureuses ou l'acide phénique pur. La seconde est obtenue par le raclage, les ponctions ou scarifications et les cautérisations actuelles et potentielles. Le choix des moyens est très difficile et dépend beaucoup de la pratique spéciale du médecin, mais il est peu sérieux de supposer que tous les lupus doivent être traités localement de la même façon.

3° Dans les petits lupus non ulcérés formés par un ou divers tubercules réunis en une surface qui ne dépasse pas 2 centimètres, si l'iode, l'acide phénique ou le mercure n'ont pas donné de résultat, on peut faire tout de suite le raclage ou la cautérisation actuelle par le thermo ou le galvano-cautère.

4° Dans les lupus non ulcérés qui ont pris plus d'extension, les scarifications ou les ponctions multiples doivent être préférées, en faisant alterner avec elles des attouchements avec l'acide phénique et l'iode,

et en recouvrant ensuite la partie malade avec l'emplâtre de Vigo, la pommade d'iodure de mercure (1 p. 30) ou avec la pommade de résorcine et d'acide salicylique ou pyrogallique *ãã* 1 p. 30 parties d'onguent au baume du Pérou.

5° Dans les lupus ulcérés, disséminés ou multiples, le meilleur caustique est le nitrate d'argent appliqué en attouchements journaliers et suivis d'applications de la pommade ci-dessus.

6° Dans le traitement du lupus ulcéreux multiple, quand la diffusion se fait vers les organes (tuberculose, tumeurs blanches, etc.), on doit laisser le pas à l'hygiène et au traitement hydro-minéral, si l'endroit affecté le permet.

7° On ne doit considérer comme guéris aucun lupeux, si deux ou trois années d'observation ne sont passées, car les reproductions et les récidives sont très fréquentes, et le médecin, avant tout, ne doit pas précipiter son jugement en se basant sur des faits observés pendant peu de temps et en petit nombre.

X. Notes cliniques recueillies à l'hôpital des varioleux d'Aubervilliers, pendant le premier semestre 1889.

par M. le Dr Renault (de Paris),
médecin des hôpitaux.

Messieurs, permettez-moi de soumettre à votre haute appréciation les faits cliniques intéressants que j'ai observés depuis mon entrée à l'hôpital des varioleux d'Aubervilliers, et qui me semblent dignes de vous être rapportés. Bien que tout paraisse avoir été dit sur les diverses modalités de la variole, à en juger par les descriptions si remarquables que nous ont laissées Rhazès, dès le IXe siècle, Sydenham et Morton, au XVIIIe, Trousseau parmi les contemporains, il reste néanmoins toujours à glaner dans le champ de la clinique, pour cette double raison que les maladies épidémiques et contagieuses, peuvent, selon les époques, subir des modifications dans leur mode évolutif, et, en outre que les malades, bien qu'ils soient atteints de la même affection, présentent des diversités à l'infini, quand on prend la peine de les examiner minutieusement.

Je me garderai bien, Messieurs, de vous rapporter des observations. Le temps s'y oppose, et d'ailleurs rien ne serait plus fastidieux. Je me bornerai à vous exposer, en termes concis, les déductions qui ressortent

des nombreux faits cliniques soumis à mon observation. Elles peuvent être rattachées à six chefs principaux :

I. *De la rareté du phénomène objectif connu sous le nom d'ombilication des pustules varioliques.*

Tous les auteurs qui ont écrit sur la variole ont indiqué la dépression centrale, appelée ombilication, que l'on rencontre sur les pustules, au troisième ou quatrième jour de l'éruption. Mais, beaucoup d'entre eux ont signalé le fait sans y attacher beaucoup d'importance. Ils ne se sont préoccupés ni de sa fréquence, ni de sa topographie exacte. Toutefois, Trousseau fit observer le premier que l'ombilication n'était pas un phénomène constant, et que d'ailleurs, dans bien des cas, elle se montrait très discrète. Pour lui, elle ne peut être considérée comme un signe exclusif à la variole, puisqu'on la rencontre sur de simples pustules d'ecthyma.

Parmi les auteurs contemporains, quelques-uns ont fait les mêmes remarques. Ainsi, M. le professeur Jaccoud établit dans son *Traité de Pathologie interne* que l'ombilication ne constitue pas un caractère distinctif ; qu'elle n'est pas constante et n'est liée à aucune forme particulière.

M. le Dr Barthélemy, dans sa thèse, signale aussi l'inégalité de ce signe et sa rareté relative.

Enfin, MM. Karth et Vilcoq, dans leur article VARIOLE, du *Dict. des sc. méd.*, aboutissent aux mêmes conclusions. Ils insistent en outre sur ce point que l'ombilication existe partout, sauf dans les régions où la peau est très épaisse, par exemple, à la paume des mains et à la plante des pieds.

Des faits nombreux soumis à notre observation, voici les déductions que nous croyons devoir tirer :

1° L'ombilication est toujours discrète, sauf dans la variole confluente et dans quelques cas rares de variole modifiée, sans qu'on puisse en découvrir la raison ;

2° Elle existe partout, ainsi que le notent MM. Karth et Vilcoq, même à la face, où elle ne siège, il est vrai, que sur quelques pustules. J'insiste sur cette dernière particularité, attendu que la plupart des auteurs prétendent que l'ombilication n'existe pas au visage ;

3° Elle est disséminée sur les divers points du corps, sans qu'on puisse établir aucune règle relativement aux régions qu'elle occupe de préférence ;

4° Sa durée est courte ; elle ne dépasse guère deux jours. Elle dispa-

raît quand les pustules se trouvent fortement distendues par le pus, et on ne la rencontre plus alors que sur quelques boutons disséminés, au niveau desquels le travail de distension ne s'est point accompli.

Bien entendu, l'ombilication vraie doit être distinguée de la pseudo-ombilication tardive, qui résulte d'une croûtelle, occupant le centre de la pustule au commencement de la dessiccation.

II. *La varioloïde existe-t-elle en réalité ou comment doit-elle être comprise ?*

Quand on lit avec attention le chapitre *Varioloïde* dans les auteurs contemporains, on est frappé des dissidences qui existent dans leurs descriptions.

Ainsi Grisolle, Trousseau, MM. Bucquoy, Blache, Jaccoud, Karth et Vilcoq, avancent que dans la varioloïde un certain nombre de pustules peuvent s'entourer d'une aréole inflammatoire et suppurer.

MM. Picot et d'Espine, Barthélemy, Balzer prétendent au contraire que le caractère distinctif de la varioloïde est l'absence de suppuration. M. Balzer reconnaît cependant que le contenu de quelques vésicules devient louche et séro-purulent. Mais M. Barthélemy est radical ; il déclare hautement dans sa thèse inaugurale que : « les vésicules de la varioloïde sautent par-dessus le stade de suppuration et se dessèchent sans tarder », et il ajoute : « Toute variole qui suppure, même un instant, n'est pas une varioloïde. »

Même dissidence à propos de la fièvre de suppuration.

Pour Grisolle, MM. Picot et d'Espine, Barthélemy, Karth et Vilcoq, la fièvre de suppuration n'existe pas.

On l'observe quelquefois, d'après Trousseau, MM. Bucquoy, Jaccoud, Balzer.

J'imagine que cette différence dans les opinions tient au désir qu'ont éprouvé certains auteurs de trop schématiser les formes morbides. Mais en clinique, on sait qu'il est rare de retrouver au complet les distinctions établies dans les traités didactiques. En outre, tous les auteurs qui ont écrit sur la variole n'ont pas été témoins d'épidémies, et par conséquent n'ont pu voir toutes les modalités de la maladie.

Ce qu'il y a de certain, c'est qu'en observant sans parti pris, on voit, depuis la variole la plus confluente des sujets non vaccinés jusqu'à la plus discrète, une chaîne ininterrompue de formes morbides, dont la confluence et la gravité s'amoindrissent progressivement, mais dans lesquelles on retrouve toujours, à un degré d'atténuation variable, tous les traits de la maladie. Ce qui a fait dire à très juste raison au profes-

seur Lorain que l'éruption pourrait être avortée, écourtée, mais jamais difforme.

Je puis affirmer que sur deux cent quatre-vingt-six varioles, traitées à l'hôpital d'Aubervilliers de février à juin inclusivement, je ne crois pas avoir observé un seul cas de varioloïde dans le sens strict du mot, c'est-à-dire avec absence complète de suppuration. J'ai toujours constaté la maturation d'un nombre variable de pustules. J'accorde que cette période soit écourtée, qu'un certain nombre de vésicules saute par-dessus la période de suppuration, mais jamais celle-ci n'est supprimée complètement. Ce qui manque assurément, ce sont l'aréole inflammatoire et la fièvre de suppuration. La température qui, dans la plupart des cas, descend progressivement, à dater du jour de l'éruption et non brusquement, ainsi que l'ont écrit la plupart des auteurs, ne remonte pas ou remonte faiblement comme l'ont noté d'ailleurs Gendrin, Rilliet et Barthez, Lorain et Curschmann. Mais dans les varioles vraies très discrètes, la fièvre de suppuration peut également manquer, selon la très juste remarque de M. Balzer dans son article VARIOLE du *Nouveau Dictionnaire de médecine pratique*. Il ne faut donc pas croire que la fièvre de suppuration se montre fatalement et exclusivement dans la variole et qu'elle soit en quelque sorte le caractère pathognomonique, qui la distingue de la varioloïde. On peut la rencontrer aussi, dans cette dernière. Cette conception erronée tient à ce que l'on ne s'est pas rendu un compte exact du mécanisme de la fièvre à la période de maturation des pustules. D'après les nombreuses observations que j'ai pu recueillir, l'hyperthermie ne dépend pas de telle ou telle forme de variole, mais bien du nombre des boutons qui suppurent. De là cette anomalie apparente de la marche de la température dans les varioles très discrètes ou quelques pustules seulement arrivent à maturation, et dans les varioloïdes confluentes, dans lesquelles le nombre des pustules suppurées est considérable. M. Bucquoy avait d'ailleurs fait déjà cette remarque durant l'épidémie de 1870, et lors de la discussion qui eut lieu le 24 juin de cette même année à la Société médicale des hôpitaux, sur la signification précise des mots *Variole* et *Varioloïde*, il disait que : « L'intensité de la fièvre secondaire est en raison du nombre des pustules. »

Il résulte de toutes ces considérations que la varioloïde ne possède pas un seul caractère qui la sépare absolument des autres formes de la variole. Cette expression n'est donc pas juste, puisque même elle laisse supposer que la maladie est différente dans sa nature de la variole, et il est de beaucoup préférable de lui substituer le nom de *variole modifiée*, que lui a appliqué du reste Trousseau dans ses cliniques remarquables de l'Hôtel-Dieu.

III. *Contribution au diagnostic de l'éruption variolique.*

Quand l'éruption de la variole est achevée, et que les vésico-pustules sont nettement dessinées, il est pour ainsi dire impossible d'en méconnaître la nature. Tout autre est la difficulté au début de la période éruptive. Le plus souvent, en effet, on n'a pas été témoin des phénomènes d'invasion; et lorsque le médecin examine les malades la première fois, l'éruption est déjà en pleine activité.

Or, de l'avis de tous les auteurs, aucun caractère ne la distingue objectivement à ses débuts de la rougeole, de la scarlatine ou de certains érythèmes. La meilleure preuve, c'est qu'il nous arrive toutes les semaines de recevoir à l'hôpital d'Aubervilliers des malades envoyés pour la variole, et atteints en réalité d'autres fièvres éruptives ou d'éruptions pathogénétiques de causes diverses.

Pourquoi ces erreurs si fréquentes ? C'est qu'il est écrit dans tous les livres que l'éruption variolique est caractérisée le premier jour par des taches rouges plus ou moins confluentes et paraissant d'abord à la face. Le second jour, les macules se sont transformées en papules, et ce n'est que le troisième jour ou à la fin du deuxième, au plus tôt, que se montrent les vésicules. Or, suivant leurs dimensions, les taches rouges du premier jour ressemblent tout à fait à celles de la rougeole ou au piqueté de la scarlatine. Inutile d'ajouter que la distinction avec certains érythèmes, à forme rubéolique ou scarlatineuse, est aussi difficile. Le diagnostic, dans ces cas qui se rencontrent tous les jours dans la pratique, n'a pas d'autre critérium que la notion très précise des phénomènes prodromiques différents, comme on le sait, dans chaque fièvre éruptive. Mais il peut arriver que certains prodromes manquent, la rachialgie et les vomissements en particulier; que tous même fassent défaut et que l'invasion de la maladie soit exclusivement signalée par la fièvre et le malaise général, que l'on retrouve au début de tous les états graves. En outre, quand le médecin n'a pas assisté à cette période d'invasion, il ne peut tenir grand compte des renseignements, trop souvent inexacts, fournis par les malades. Force lui est donc, dans bien des cas, de réserver son diagnostic et d'attendre la période vésico-pustuleuse. Et cependant, il importe d'être renseigné au plus vite, car nul n'ignore la contagiosité de la maladie et l'urgence de l'isolement.

Eh bien, toutes les fois que les circonstances nous ont permis d'assister au début de l'éruption, nous avons rencontré, en examinant minutieusement les malades, quelques vésico-pustules nettement développées dès la fin de la première journée ou après vingt-quatre heures au plus

tard. Ces vésico-pustules isolées peuvent se montrer indistinctement sur tous les points de la surface tégumentaire; cependant, elles ont un siège de prédilection; elles apparaissent de préférence sur les parties latérale du cou et supérieure du thorax. Bien que leur contenu semble déjà trouble, quand on les pique avec une aiguille fine, il s'en écoule un liquide clair, dans lequel les leucocytes sont encore peu abondants. Nous n'avons trouvé l'indication de ce signe que dans Grisolle, qui s'exprime ainsi: « Les taches rouges qui existent dès le début offrent toujours à leur centre un point vésiculeux ou papuleux. » (*Path. int.*, T. I, p. 98).

Cette particularité objective de l'éruption variolique a une importance considérable en clinique, car elle permet, dès la fin du premier jour, quand on n'a pas été témoin des prodromes, ou que ceux-ci ont manqué de netteté, de distinguer la maladie de la rougeole et de la scarlatine, et au point de vue nosocomial, d'appliquer à chaque malade l'isolement qui lui convient, ce qui serait à peu près impossible, d'après les auteurs, avant le troisième jour, puisque l'on trouve partout écrit que les vésicules n'apparaissent qu'à ce moment. Je parle, bien entendu, des varioles rencontrées le plus communément, et dont l'évolution est normale.

Ce signe, messieurs, que j'ai l'honneur de vous signaler, il importe qu'il soit contrôlé. Car, si je l'ai rencontré d'une façon constante, il n'est pas dit qu'il en soit toujours ainsi. Même à l'hôpital d'Aubervilliers, rendez-vous de presque tous les varioleux de la capitale, on a rarement l'occasion d'observer l'éruption à ses débuts, et, pour qu'un fait acquière droit de cité dans la science, il faut qu'il soit vu et contrôlé par un bon nombre d'observateurs. J'ajouterai, en terminant, que l'honneur de cette découverte revient à mon interne, M. Mignot, qui l'a signalée à mon attention et m'a permis ainsi d'en confirmer la réalité.

IV. *Nouveaux cas de pemphigus à la période de dessiccation de la variole.*

Les éruptions bulleuses dans le cours de la variole ont été signalées par un certain nombre de médecins. Dans la discussion qui eut lieu en 1870 à la Société de médecine des hôpitaux, MM. Brouardel, Féréol, J. Simon, Bergeron, E. Besnier, avaient déjà cité des faits non douteux d'éruptions vésiculeuses, bulleuses ou pustuleuses.

Le professeur Kaposi, dans ses *Leçons sur les maladies de la peau* (Traduct. franç. par E. Besnier et A. Doyon, T. I, p. 333), a indiqué très nettement le développement de phlyctènes purulentes autour de certaines croûtes varioliques.

Mais ces complications ont été surtout décrites avec soin par MM. du Castel et Rendu, en 1881, à la Société médicale des hôpitaux. Le premier a étudié l'ecthyma et le second le pemphigus. Nous ne nous occuperons que de cette dernière complication, l'autre étant bien connue.

A en juger par la description de M. Rendu, nos observations diffèrent des siennes, quant au mode de développement du processus dermatologique et se rapprochent bien davantage des faits signalés par M. le professeur Kaposi.

M. Rendu indique, au moment de la période de dessiccation et dans l'intervalle des pustules desséchées, le développement de bulles indépendantes à la partie antérieure de la poitrine, à la face et sur les membres. Voici, dans les faits que nous avons observés, la façon dont le processus a évolué.

Autour de la croûte variolique, l'épiderme se soulève en formant un bourrelet de largeur variable, de 1 centimètre en moyenne. Ce bourrelet est distendu par un liquide citrin d'abord, mais qui bientôt devient opalin, puis louche.

En deux ou trois jours, le liquide du bourrelet épidermique peut se résorber et l'on voit alors la surface se rider, à mesure qu'il diminue. Quand la résorption est complète, l'épiderme, préalablement soulevé, s'affaisse sur le derme, et dans les points où il se rompt, on constate aisément que la surface dermique sous-jacente est rose, sans trace d'exulcération. Ce processus est de beaucoup le plus rare. Communément, l'épiderme se rompt de bonne heure; le liquide sous-jacent se concrète et il se forme une croûte brunâtre, plus ou moins adhérente, qui se confond avec la croûte centrale variolique. Cette enveloppe croûteuse peut persister pendant une ou deux semaines et, quand elle tombe, on ne constate aucune perte de substance sous-jacente. Ce qui permet de distinguer aisément cette éruption de l'ecthyma, dans lequel la croûte recouvre constamment une ulcération.

M. Mignot, mon interne, a examiné, au point de vue bactériologique, le contenu de ces bulles pemphigoïdes. Il y a trouvé des cocci en quantité innombrable, soit isolés, soit en chaînettes, à tel point que le liquide qui leur sert de véhicule semble être une émulsion de micro-organismes. Les leucocytes en revanche ont été trouvés rares dans tous les cas.

J'ai fait pratiquer l'auto-inoculation trois fois, mais sans aucun résultat.

L'éruption, que je décris ici, a été observée à l'état de confluence et d'une façon très nette chez quatre malades : trois hommes et une femme.

Elle a semblé en rapport avec l'abondance de la poussée variolique. Mais en réalité, elle est beaucoup plus fréquente. En examinant tous les malades avec soin, on découvre très souvent quelques bourrelets pemphigoïdes isolés autour de pustules desséchées.

Dans aucun cas, la contagion ne m'a semblé évidente.

V. *De la non-identité entre la variole et la varicelle.*

La différence de nature entre la variole et la varicelle est un fait aujourd'hui généralement accepté en France et en Angleterre, et il serait superflu de chercher à en faire de nouveau la preuve, si l'accord était aussi unanime en Allemagne et surtout en Autriche. Mais n'oublions pas que des médecins très éminents, tels que Hebra, Kaposi, Kassowitz, continuateurs des idées de Thompson, Rilliet et Barthez, Bazin, regardent la varicelle comme la forme la plus bénigne de la variole ou comme une variole, atténuée par la vaccination.

Or voici quatre nouveaux faits, observés en cinq mois à l'hôpital d'Aubervilliers, qui témoignent encore de la différence de nature entre ces deux maladies. Je les résumerai en quelques lignes.

Première observation. — Une enfant de deux ans est atteinte, à son entrée à l'hôpital, d'une éruption ressemblant à !a varioloïde. Elle est placée par erreur dans la salle des varioleuses. Onze jours après son entrée, vomissements, fièvre, malaise général.

Deux jours plus tard, éruption nouvelle, qui, cette fois, est bien la variole, ainsi qu'on en peut juger par l'éruption.

On sait d'ailleurs que l'incubation de cette dernière maladie est de douze jours environ, pour la plupart des auteurs.

Deuxième observation. — Une enfant de huit mois entre le 23 janvier 1889, pour une éruption en voie de dessiccation, qui ressemble à une varioloïde. On l'installe dans une petite chambre, attenant à la sal'e des varioleuses. Le 1er février, elle est vaccinée avec succès. Le 5, après quelques prodromes, dont il est difficile de préciser le début, survient une éruption dont les caractères morphologiques et la marche rappellent absolument la variole. Les pustules sont très abondantes et beaucoup d'entre elles suppurent. Néanmoins, la dessiccation commence le cinquième jour à la face et s'accomplit rapidement.

En résumé, l'évolution de cette variole est favorable. Elle semble avoir été influencée heureusement par la vaccine, bien que celle-ci ait été pratiquée à un moment où l'enfant était, selon toute probabilité, en pleine invasion variolique. Nous avons observé d'ailleurs un autre fait du même genre, chez un adulte non vacciné et atteint de variole

confluente, nouvelle preuve à l'appui de l'opinion des médecins, qui prétendent que la vaccine, inoculée pour la première fois à des sujets en invasion de variole, peut exercer une action salutaire sur l'évolution de cette maladie.

Troisième observation.— Il s'agit d'une petite fille de cinq ans, atteinte d'une varicelle certaine. Cette enfant est revaccinée en pleine éruption. Cinq jours après, on voit trois belles pustules vaccinales, bien qu'il y ait eu déjà, dans les premiers mois de la vie, une vaccination positive.

Quatrième observation.— Elle ressemble absolument à la précédente et offre, en outre, une particularité intéressante, l'âge de la malade : vingt-quatre ans. On sait que la varicelle est une maladie de l'enfance et qu'elle est exceptionnelle à partir de dix ans. Voici donc un nouveau fait qui vient s'ajouter à ceux, déjà cités par Greane et Baader, de varicelle observée chez des sujets de vingt à trente-deux ans.

S'il semble aujourd'hui hors de contestation sérieuse qu'il n'y a pas identité entre la variole et la varicelle, on ne saurait en dire autant de leurs caractères cliniques objectifs. Rien n'est plus difficile en pratique que de distinguer ces deux éruptions. Je trouve même dans la plupart des cas le problème insoluble, lorsqu'on n'a pas assisté à l'évolution complète de la maladie ; ce qui est tout à fait exceptionnel. Quand le médecin fait son premier examen, l'éruption est accomplie.

Les vésicules, devenues troubles, opalescentes ou desséchées en partie, ressemblent absolument aux pustules de la varioloïde. L'ombilication n'a pas non plus de valeur réelle. Comment, en effet, la différencier, au lit du malade, de la pseudo-ombilication varicelleuse ? En réalité, il n'existe pas de critérium clinique. Je sais également que les examens bactériologiques n'ont donné jusqu'ici aucun résultat positif. Les véritables points de repère du diagnostic restent donc à trouver. Leur découverte rendra un service immense, en permettant d'éviter des contagions fatales aujourd'hui dans certains milieux. Aussi doit-on louer l'Administration de l'Assistance publique d'avoir installé à Aubervilliers un pavillon d'isolement, destiné à recevoir les cas douteux et placé à une distance suffisante des salles de varioleux.

VI. *Topiques employés à l'hôpital d'Aubervilliers pour prévenir les cicatrices de la face.*

C'est par ce chapitre que je terminerai les quelques notes cliniques que j'ai eu l'honneur de vous lire.

Depuis mon entrée à l'hôpital des varioleux, 12 février 1889, j'ai

essayé sur une grande échelle les pulvérisations et les badigeonnages au sublimé, employés par mon prédécesseur, M. le Dr Talamon. Bien entendu, ces applications ne sont faites que dans les cas où les pustules abondent à la face et où, par conséquent, on a tout lieu de craindre des cicatrices indélébiles. Le traitement doit être commencé de bonne heure, avant l'apparition des pustules ; autrement il est quasi-nul quand celles-ci se sont développées. Son but est donc avant tout d'en provoquer l'avortement.

Voici en quoi il consiste :

Trois fois par jour, on pulvérise, pendant une ou deux minutes, sur la face, une solution de sublimé dans de l'éther au 1/50. Cette pulvérisation est immédiatement suivie d'une application, au pinceau, d'un mélange de sublimé et glycérine au 1/15. Bien que ces préparations soient fortement concentrées et qu'elles aient été employées dans un grand nombre de cas, je n'ai jamais observé ni salivation, ni diarrhée. On sait du reste que le sublimé provoque très rarement la salivation. Deux ou trois fois, le badigeonnage a été suivi d'une vive irritation de la face, accompagnée de phlyctènes, et il a fallu immédiatement le suspendre. Il s'agissait dans tous ces cas de femmes, c'est-à-dire de sujets à peau fine et délicate. La rougeur érythématheuse et les phlyctènes ont disparu très vite, dès que le traitement a été suspendu.

Cette pratique a en effet l'avantage de faire avorter la pustulation. Il n'y a que quelques boutons à suppurer et par conséquent de rares cicatrices. On les rencontre de préférence sur le nez, vers l'extrémité du lobule. Chez quelques malades, on voit persister, à la suite des applications hydrargyriques, des saillies boutonneuses aphlegmasiques, qui disparaissent au bout de plusieurs semaines. J'ai remarqué de préférence cette disposition chez les sujets strumeux, chez ceux dont les lèvres sont épaisses et la peau blafarde. Elles ne sont pas imputables au traitement.

On pourrait se demander pourquoi nous avons l'habitude de faire succéder les badigeonnages aux pulvérisations. Le traitement nous a paru ainsi plus efficace. Telle est également l'opinion de M. le Dr Talamon.

Pendant un temps, nous avons essayé un autre topique, préconisé par M. le Dr Colleville, de Reims : la vaseline iodoformée au 1/20. Je dois dire que le résultat a été moins satisfaisant qu'avec le sublimé.

Quand les malades sortent, après quarante jours de surveillance, à partir du début de la maladie, nous leur faisons prendre un bain de sublimé, tandis qu'on leur applique une dernière pulvérisation sur la face et principalement la chevelure. Ils sont ensuite rendus à la vie

commune et, jusqu'ici, je n'ai pas ouï dire qu'aucun d'entre eux ait été une source de contagion.

XI. Urticaire aiguë fébrile avec crises laryngées et gastriques,

par M. le Dr A. Cayla (de Paris).

La rareté des accidents qu'il nous a été donné d'observer, leur importance au point de vue de la pathogénie de l'urticaire aiguë, nous ont engagé à publier le cas suivant qui se rapporte à une femme de soixante-cinq ans, auprès de qui j'ai été appelé, le 15 août 1888, pour des accès de suffocation, auxquels la malade était en proie depuis douze heures.

On me raconte que, depuis deux jours, elle souffre de démangeaisons intolérables accompagnant une éruption généralisée. Ce sont de larges plaques ortiées, occupant le tronc et les membres, ayant apparu sans cause appréciable, disparaissant pour reparaître peu de temps après.

Mais ce qui frappe surtout, c'est la difficulté que la malade éprouve pour respirer.

Elle est assise sur son lit, le cou est tendu, la face congestionnée, la respiration est haute et fréquente, la voix est éteinte, il y a du tirage sus et sous-sternal, la peau est chaude, le pouls à 110.

La gêne respiratoire est continue, les accès de suffocation se reproduisent à plusieurs reprises dans la journée, ils coïncident avec des démangeaisons violentes qui sont suivies de l'apparition de nouvelles plaques ortiées.

Le 16, l'état reste sensiblement le même, la malade a eu un violent point de côté à droite de la poitrine et en arrière, l'auscultation ne révèle aucun râle à ce niveau.

Le 17 août, les accès de suffocation et la gêne respiratoire ont disparu, la voix est redevenue normale; mais depuis huit heures du soir, la malade est en proie à de violentes crises gastralgiques; les cinq crises que la malade a eues dans la nuit sont toutes semblables; elles sont annoncées par des démangeaisons intolérables à la peau, bientôt suivies de douleurs au creux épigastrique d'abord, s'irradiant ensuite dans toute l'étendue du ventre. Tout le long de l'œsophage, la malade a une sensation de brûlure et de constriction des plus pénibles. La malade n'a pas eu la moindre diarrhée; à plusieurs reprises seulement, elle a eu quelques régurgitations de glaires acides.

Le soir, la malade a une nouvelle crise gastralgique, en même temps qu'apparaissaient à la peau de nouvelles plaques ortiées.

18 août, la malade a encore eu quelques crises gastro-intestinales, mais la douleur est beaucoup moins forte, les crises ont une durée moindre; elle a pu reposer quelques heures. L'éruption a beaucoup pâli.

19 août, l'aspect de la malade est tout autre, le calme est revenu, on ne retrouve plus de plaques; sur les membres inférieurs seulement, quelques papules ortiées, la face est dégonflée. La fièvre est tombée, les urines sont chargées d'acide urique, la respiration est redevenue libre.

Ce fait nous a paru digne d'être signalé à l'attention des membres du Congrès. On a souvent montré la possibilité de répercussions viscérales de l'urticaire aiguë fébrile. Jamais, peut-être, elles ne s'étaient montrées avec cette netteté.

Cette triple manifestation sur l'appareil pulmonaire, sur l'appareil gastro-intestinal, sur le système cutané, prouve l'origine centrale probablement nerveuse de la maladie.

XII. Variété rare de lupus de la main et de l'avant-bras,

par M. le Pr Oscar de Bulhoès (de Rio-de-Janeiro).

J'attendais la communication annoncée par le Dr Hutchinson sur les « *Variétés rares de lupus* », pour vous présenter les photographies d'un cas rare de lupus de la main et de l'avant-bras, que j'ai observé à l'hôpital de la Misericordia, de Rio.

Je regrette que M. Hutchinson ne soit pas venu au Congrès, et comme l'heure est déjà avancée, je dirai simplement ces deux mots :

Il s'agit d'un robuste ouvrier nègre, âgé de quarante ans, qui habite la campagne de Rio, et qui a toujours joui d'une bonne santé.

Il raconte qu'un de ses compagnons lui avait donné un coup de bâton sur le dos de la main gauche, et qu'il avait conservé pendant quelque temps une certaine tuméfaction à l'endroit du traumatisme.

Plus tard, il a vu paraître de petites saillies fermes, véritables tubercules, qui sont devenus ulcéreux et qui ont laissé des cicatrices semblables à celles qui sont produites par les brûlures.

Ces tubercules, qui, au commencement, occupaient la main, ont envahi plus tard l'avant-bras, et on pouvait les observer dans toutes leurs phases d'évolution.

La maladie, qui comptait déjà neuf ans, avait envahi le squelette de la main, et avait déterminé lentement une notable déformation du membre supérieur gauche, comme vous pouvez le voir sur les photographies que je vous présente.

La main est en flexion sur l'avant-bras, presque à angle droit, et il ne se passe aucun mouvement dans l'articulation du poignet.

Les doigts, également en flexion sur la paume de la main (excepté l'index qui est en extension), sont aussi presque immobiles. Ils sont tuméfiés, éléphantiasiques, fusiformes, avec des productions exubérantes qui, en se détruisant sur certains points, ont donné lieu plus tard à des ulcères serpigineux. La main, ainsi déformée, ressemble à la griffe d'un animal.

L'éruption lupeuse se trouve disséminée sur tout l'avant-bras ; mais, ici, la peau se présente atrophiée et adhérente aux tissus sous-jacents. Le bras présente, au contraire, une peau parfaitement normale.

Le malade n'a jamais eu de fièvre, aucun prurit, aucune douleur. Les ongles sont normaux. Il me semble qu'il s'agit ici d'un cas semblable à celui qui a été décrit par Busch sous le nom de *lupus épithéliomateux des extrémités* (Epitheliom-artige Form des Lupus), avec la même déformation, comme on peut voir sur la gravure du livre de Vogt (*Chirurgische Krankheiten der oberen Extremitäten*, article Lupus).

— Séance du soir — (1)

Président : **M. Hardy.**

I. Propositions relatives a la réunion régulière d'un Congrès international périodique de dermatologie et de syphiligraphie.

M. le secrétaire général : Messieurs, le Bureau du Congrès a reçu deux propositions ; l'une de M. Unna, l'autre de M. Schwimmer, dont je vais vous donner lecture :

Proposition de M. Unna.

Le soussigné propose au Congrès de décider :

1° *Que le Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie soit déclaré permanent et se réunisse tous les trois ans.*

2° *Que le deuxième Congrès ait lieu à Hambourg.*

Unna.

Proposition de M. Schwimmer.

1° *Le Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie, qui va être clos aujourd'hui, a si bien réussi, qu'il me semble utile pour le progrès*

(1) Avant la séance, une photographie en groupe des membres présents du Congrès fut faite dans une des cours de l'hôpital Saint-Louis, par M. Méheux, photographe attaché à l'hôpital Saint-Louis.

Figurent sur cette photographie MM : 1. Du Castel. 2. E. Vidal. 3. Mauriac. 4. De Amicis. 5. H. Feulard. 6. Hardy. 7. Ricord. 8. A. Fournier. 9. Diday. 10. Unna. 11. Manassei. 12. Lailler. 13. Pospelow. 14. Mansouroff. 15. Euthyboule. 16. Langlebert. 17. Perrin. 18. Giletti. 19. Ali Riza. 20. Valdès Morel. 21. Hyde. 22. Texo. 23. B. Sommer. 24. Schwimmer. 25. Olavide. 26. Zambaco. 27. P. Pellizzari. 28. Kaposi. 29. Leloir. 30. Mc Call Anderson. 31. E. Castelo. 32. Malcolm Morris. 33. R. Croc-

continu de la branche spéciale de médecine que nous représentons, que ce Congrès soit suivi de Congrès analogues.

2° *Je propose que ce Congrès, rendu régulier et périodique, se réunisse tous les trois ans.*

3° *Si ces deux premières propositions sont adoptées, je propose comme siège, pour le deuxième Congrès international de dermatologie et de syphigraphie, la ville de Vienne, qui, depuis Hebra, est restée un important centre d'études pour la dermatologie.*

Professeur SCHWIMMER.

Je crois qu'on peut fondre ces deux propositions en une seule, quant au premier article de celle de M. Unna et aux deux premiers articles de celle de M. Schwimmer, et qu'on pourrait tout de suite voter sur ces points. Il faut en effet que le Congrès décide d'abord s'il veut se réunir de nouveau ultérieurement, avant de désigner le lieu de cette réunion.

M. LE PRÉSIDENT : Je mets donc aux voix les deux propositions suivantes :

1° *Le Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie est déclaré permanent et se réunira désormais en sessions régulières et périodiques.*

— (Adopté à l'unanimité.)

2° *Les sessions régulières de ce Congrès auront lieu tous les trois ans.*

(Après une courte discussion, quelques membres ayant proposé que les réunions aient lieu tous les deux ans, cet article est adopté à une très grande majorité).

KER. 34. E. SCHIFF. 35. F. CASTELO. 36. J. OLAVIDE. 37. CRUYL. 38. VERCHÈRE. 39. TOMMASOLI. 40. DEL SOLAR. 41. H. VON HEBRA. 42. SZWYKOWSKI. 43. DE WATRASZEWSKI. 44. DUCREY. 45. O. DE BULHOÈS. 46. TENNESON. 47. HASLUND. 48. BERTARELLI. 49. PRINGLE. 50. BROOKE. 51. DE MAIEFF. 52. GODINHO. 53. CIARROCCHI. 54. SANTI. 55. Z. FALCAO. 56. PETRINI. 57. STEPHANESCO. 58. MARTY. 59. QUINQUAUD. 60. COMMENGE. 61. ZURIAGA. 62. DARIER. 63. JACQUET. 64. BARTHÉLEMY. 65. BALZER. 66. TRAPEZNIKOFF. 67. DJELAL-MOUHKTAR. 68. BARETTA. 69. EHLERS. 70. C. BOECK. 71. P. RAYMOND. 72. BRUNO CHAVES. 73. TAVERNIER. 74. H. FOURNIER. 75. AUBERT. 76. RENOUARD. 77. BRUMUND. 78. ROBERTS. 79. TÖRÖK. 80. G. THIBIERGE. 81. PAUTRY. 82. BARBE. 83. PERONI. 84. LUTZ. 85. GRANDRY, *directeur de l'hôpital Saint-Louis.* 86. BUTTE. 87. GODIN. 88. H. ROSCHER. 89. OSTALÉ. 90. PASQUALE. 91. SPILLMANN. 92. ARNOZAN. 93. SCHMITT. 94. HALLOPEAU. 95. L. WICKHAM. 96. DUBOIS-HAVENITH. 97. HERMET. 98. VIOLI. 99. C. FOX. 100. JULLIEN. 101. DE MOLÈNES. 102. GIBELLO. 103. CAYLA. 104. P. FABRE. 105. E. BESNIER. 106. KALINDERO. 107. J. WHITE. 108. BROCQ. 109. ROSOLIMOS. 110. NEUMANN.

M. le Président : Il ne nous reste plus qu'à désigner le siège du prochain Congrès; M. Malcolm Morris a demandé la parole.

M. Malcolm Morris s'exprime en anglais. Un résumé de son discours est donné en français par M. J.-J. Pringle.

M. Malcolm Morris ne se dissimule pas la grande responsabilité qui incombera à la ville qui sera choisie comme siège du prochain Congrès, à cause du grand succès du présent Congrès. Cependant c'est avec plaisir qu'il insiste auprès du Congrès, pour que la ville choisie soit la ville de Londres. Si Londres ne peut offrir aux membres du Congrès un établissement comparable à l'hôpital Saint-Louis, ceux-ci sont assurés, il s'en porte garant, d'un excellent accueil. Quel que soit son désir de voir le choix du Congrès s'arrêter sur la ville de Londres, il veut avant tout que ce choix s'exerce en toute liberté.

M. Unna : Je me rallie à la proposition que M. Malcolm Morris vient de faire de la ville de Londres.

M. Kaposi: J'appuie de tous mes efforts la proposition de mon collègue, M. Schwimmer. La ville de Vienne, où l'enseignement de la dermato-syphiligraphie est officiellement représenté depuis longtemps déjà, offre pour un Congrès de dermatologie et de syphiligraphie des ressources nombreuses et des services hospitaliers tels qu'on aurait de la peine à en trouver, je crois, de semblables ailleurs, après ce que nous avons trouvé à Paris. Les représentants de cette branche de la médecine sont nombreux en Autriche-Hongrie; et Vienne, tout particulièrement, s'honore d'être restée en possession, depuis Hebra, d'une véritable école dermatologique.

M. le Président : Personne ne demande plus la parole? Il ne reste plus qu'à voter.

M. le secrétaire général : On a demandé le vote au scrutin secret.

Les secrétaires recueillent les bulletins de vote.

MM. Malcolm Morris et Schwimmer sont invités à prendre place au bureau pour surveiller le dépouillement du vote qui donne les résultats suivants :

Votants : 90.

La ville de Vienne.	52 voix.
— Londres	37 —
— Hambourg.	1 —

M. le Président : Messieurs, la ville de Vienne a obtenu la majorité absolue des votes.

En conséquence, la ville de Vienne est désignée comme siège du second Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie.

M. Schwimmer : Je remercie le Congrès d'avoir bien voulu adopter ma proposition, et j'y joins la suivante : celle de nommer M. le professeur Kaposi, président du comité d'organisation qui aura le soin de préparer le futur Congrès.

La proposition de M. Schwimmer est votée par acclamation.

M. Kaposi : Messieurs, je vous remercie vivement d'avoir désigné la ville de Vienne comme siège de la prochaine réunion du Congrès : tous mes confrères viennois seront très heureux, j'en suis sûr, de recevoir le Congrès dans trois années ; si nous ne pouvons vous promettre à Vienne une réception aussi grandiose que celle qui nous a été faite à Paris, nous ferons du moins tout notre possible pour qu'elle soit aussi cordiale.

Je tiens à vous remercier tout particulièrement du grand honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider le comité qui sera chargé de préparer le Congrès de 1892.

Je vous propose de désigner déjà pour faire partie de ce comité :

MM. les professseurs Neumann et Lang, MM. les D[rs] Hans von Hebra, Mrazeck et Riehl, de Vienne ; MM. les professeurs Pick et Janowsky, de Prague ; Lipp, de Gratz ; Jarisch, d'Insprück ; Rosner, de Cracovie ; Schwimmer, de Budapesth ; Geber, de Klausenbourg, qui, j'en ai la certitude, seront très heureux de participer à l'organisation du Congrès, et feront tous leurs efforts pour en assurer la réussite.

Je vous demanderai de laisser à ce comité toute latitude pour s'adjoindre de nouveaux membres ou des correspondants étrangers.

Je vous proposerai enfin de fixer l'époque du Congrès au mois de septembre, cette période de l'année me paraissant la plus convenable, eu égard aux occupations des médecins des différents pays, et aux conditions climatériques de la ville de Vienne. (*Approuvé.*)

M. le Président : Je crois convenable de laisser au comité d'organisation du prochain Congrès toute liberté pour s'adjoindre, s'il le juge à propos, de nouveaux membres, et pour désigner son secrétaire général.

Je lui souhaite de le trouver aussi zélé et aussi habile que le secrétaire général du Congrès de 1889. (*Applaudissements.*)

II. Communications relatives a la prophylaxie de la syphilis et a la surveillance de la prostitution.

I. Exposé des mesures en vigueur en France, et d'un projet de réorganisation de la surveillance de la prostitution,

par M. le Dr Barthélemy.

En France, le système de la réglementation de la prostitution actuellement en vigueur est de tous points détestable. En effet, il n'existe pour ainsi dire que virtuellement ou par intervalles, procédant par bonds et par à coups, sans continuité d'action et par conséquent sans garantie effective, sans résultat bienfaisant. Les agents se sentent mal soutenus, dès lors ils laissent faire. Cet état de choses provient des attaques dirigées contre le service des mœurs, non à tort je dois le dire. Il a été question d'y apporter les améliorations réclamées par l'opinion publique, mais la réorganisation n'est pas encore entrée dans la période de réalisation.

D'un autre côté, on ne peut dire que la prostitution soit complètement libre, de sorte qu'il règne un état intermédiaire, bâtard, plus dangereux, à cause de la sécurité apparente qu'il donne, que l'absence formelle de toute réglementation, comme cela existe aujourd'hui en Angleterre. Là, chacun doit se préserver soi-même sans jamais pouvoir accuser la société d'imprévoyance.

En vérité, la syphilis est un accident trop grave et trop fréquent pour qu'on ait le droit de ne pas se préoccuper de ses progrès. Une société vraiment digne de ce nom ne peut procéder vis-à-vis d'elle avec autant de légèreté, ni négliger les moyens d'en préserver ses membres.

Sans doute, en réglementant la prostitution on ne peut se flatter de supprimer tous les cas de syphilis ni même d'atteindre toutes les prostituées. Mais quoiqu'on n'atteigne pas tous les voleurs, n'existe-t-il pas des lois contre le vol? Or, ces lois contribuent certainement à diminuer le nombre des délits de ce genre.

En résumé, en France, le système de rigueur est délaissé, le système de douceur n'est pas encore institué, l'état intermédiaire est très fâcheux, et c'est lui qui est en vigueur aujourd'hui.

Quiconque se préoccupe de la prophylaxie de la syphilis trouvera

dans le célèbre rapport de Fournier, voté par l'Académie, les plus précieuses indications sur l'application de mesures aussi adoucies, aussi exemptes d'arbitraire que possible.

Fournier réclame notamment l'enseignement et la vulgarisation des connaissances spéciales, tant parmi les médecins que parmi les malades : pour les médecins, parce que c'est de leurs fonctions, c'est de leur contrôle que dépend tout le succès de l'organisation; pour les malades, parce qu'ils doivent savoir à quoi ils s'exposent et avec quel soin il faut se traiter pour éviter les désastres ultérieurs.

D'ailleurs les femmes, même de bonne foi et de bonne volonté, ne se rendent pas toujours compte de la gravité de la syphilis. Elles ont vu la facilité avec laquelle le mal leur est venu; de leurs yeux, elles ont constaté l'impunité des hommes malades; elles ne s'imaginent pas commettre une faute en transmettant le mal à leur tour. Il faudrait le leur faire comprendre, puisque, somme toute, elles exercent volontairement un métier insalubre, et que, comme tout le monde, elles jouissent de toutes les libertés, sauf de celle de nuire à autrui.

Une d'elles, craignant d'avoir transmis la maladie et ayant été rassurée, me dit, en apprenant qu'elle n'avait rien : « Ah! tant mieux, je craignais d'avoir commis une faute de politesse. »

Fournier indique aussi une série de mesures excellentes applicables aux grandes villes de province, à l'armée, à la marine.

Mauricet, de Vannes, réclame l'extension de ces mesures aux ports de marine marchande et voudrait voir organiser une sorte de douane sanitaire.

Mais, si excellentes que soient toutes ces mesures, elles ne sont certainement que secondaires.

Le point capital est toujours celui qui a trait à la réglementation de la prostitution, à la répression de la provocation sur la voie publique, en un mot à la surveillance, surtout dans les grandes villes, de la prostitution clandestine.

Cette dernière, au grand désespoir des hygiénistes, fait des progrès incessants. Il est certain qu'une des causes de cet accroissement est la négligence dans laquelle est aujourd'hui tombé chez nous le service des mœurs. On sait maintenant dans le public que la surveillance est illusoire et que les établissements publics n'offrent pas plus de sécurité que le hasard. Ajoutons que par cette négligence et sous prétexte de ne vouloir pas reconnaître officiellement la prostitution, l'administration est une des causes du développement d'un nouveau vice. Écoutez plutôt cette prostituée qui confessait l'autre jour qu'ayant reçu dans sa journée neuf hommes, deux seulement avaient procédé par les voies naturelles.

Ceci est un mal évidemment en ce sens que la prostitution clandestine, celle qui échappe, celle qui est insaisissable, celle qu'il est par conséquent impossible d'assainir, s'en trouve favorisée.

A Paris, la prostitution fait vivre peut-être 100,000 femmes. 4,000 seulement sont inscrites dont une partie, qui n'excède pas 2,000, passe la visite.

Sans doute les 4,000 en question constituent le corps principal de cette armée, le foyer le plus intense de la contagion; peut-être à elles seules, par leur rayonnement, sont-elles plus dangereuses que toutes les autres, du moins est-on en droit de le penser ; mais il est certain que la disproportion entre les prostituées qui échappent aujourd'hui à la surveillance médicale et celles qui y sont soumises, est beaucoup trop élevée. Qu'on se souvienne que si l'on remonte à la source, on se convainc que tout le mal vient du trottoir.

Mais là ne sont pas tous les *desiderata* du système actuel. Une chose remarquable a lieu : les femmes bien portantes, seules, viennent au dispensaire. Les autres se contentent de changer de quartier pour faire perdre leurs traces et leur adresse et s'abstiennent systématiquement de toute visite : ce sont les insoumises. Elles sèment la syphilis de tous côtés, mais refusent, la plupart du temps, par défaut d'intelligence, de se soumettre à toutes les lois, même à celle de la propreté. Les autres enfin se font traiter, soit chez elles, soit surtout dans les hôpitaux. Quelques chiffres confirmeront les données précédentes.

1° Femmes insoumises arrêtées en 1888.

Elles ont été au nombre de 1,932 sur lesquelles 680 malades, à savoir :

Syphilis	262
Affections vénériennes	371
Gale	47

Pendant la même année, les soumises visitées au dispensaire donnaient un total de 47,371 visites :

Syphilis	56
Affections vénériennes	78
Gale	9

Soit un total de 143 malades.

Il y a environ 4,000 visites par mois; ce qui ne fait guère plus de 2,000 femmes, chaque femme venant tous les quinze jours.

Ainsi est confirmé le chiffre que j'ai donné plus haut.

2° Les femmes soumises arrêtées sur la voie publique ont donné lieu à 14,574 visites.

Syphilis	195
Affections vénériennes	90
Gale	29

Soit un total de 314 malades.

3° Maisons de tolérances : 42,795 visites.

Syphilis	54
Affections vénériennes	43
Gale	3

Soit un total de 100 malades.

Cette statistique montre bien qu'au lieu de *maisons de tolérance*, ces maisons devraient être appelées *maisons préservatrices*. Rappelons un autre résultat, c'est que les prostituées sont malades surtout dans les premiers temps de leur inconduite, et que c'est de dix-sept à vingt-quatre ans, et plutôt avant qu'après vingt ans qu'elles sont de beaucoup le plus dangereuses.

Les chiffres rapportés plus haut font ressortir aussi : 1° La dissémination de la syphilis par les insoumises; 2° ce fait que les filles soumises ne viennent plus au dispensaire lorsqu'elles se savent malades.

Comparez en effet :

143 malades sur 47,000 visites volontaires; et 134 malades sur 14,000 visites forcées.

Or, ce n'est pas seulement par négligence que les malades s'abstiennent. Si on les interroge, on apprend que c'est parce qu'elles n'ont pas eu le temps, parce qu'elles demeurent trop loin, parce que la maladie est survenue au lendemain d'une visite; mais aussi parce qu'elles veulent échapper à la contrainte et qu'elles redoutent les rigueurs administratives. Elles ajoutent qu'elles sentent fort bien qu'il est de leur intérêt d'avoir une bonne santé, qu'elles seraient très heureuses de se faire soigner si elles ne redoutaient d'être traitées comme des coupables et non comme des malades.

On comprendra combien ces résultats sont fâcheux et combien ils contribuent à rendre inefficace le régime actuel.

Ce qu'il y a de plus anormal, c'est que c'est le dispensaire, d'où nous tenons les chiffres précédents, qui est chargé du recrutement des malades destinées à Saint-Lazare. Il en résulte que les grandes et belles

salles de cet établissement restent presque vides alors que les malades assiègent chaque jour les hôpitaux de la ville pour réclamer des soins spéciaux; à chaque consultation, le nombre des demandes d'entrée est beaucoup plus considérable que celui des lits disponibles et la contamination en est augmentée.

Pendant ce temps, à Saint-Lazare, bien des lits restent ainsi inoccupés qui pourraient rendre à la santé publique les plus précieux services. L'arrêté en vertu duquel tant de lits seraient mis à la disposition du public serait d'autant plus utile que les hôpitanx spéciaux ne sont certainement plus en rapport, à Paris, avec l'augmentation de la population.

Paris, ainsi privé d'organisation sanitaire, nous fait l'effet d'une belle personne parée d'une toilette élégante et de riches atours, mais dont les dessous seraient des guenilles.

Constater les plaies sociales est relativement facile; la difficulté commence quand il faut indiquer le remède.

La question de la femme, a-t-on dit, sera le plus grave souci des législateurs de l'avenir. Sans doute, dans l'état des esprits, la solution de la question est difficile à trouver; mais ces difficultés ne sont pas de nature à modifier la conduite et surtout l'opinion des médecins. Certes, nous applaudirons au succès des efforts de ceux qui ambitionnent de supprimer la prostitution; mais, nous autres médecins, nous n'ambitionnons que la suppression de la maladie.

Si la prostitution était saine, nous ne nous occuperions même pas de lui interdire le trottoir. Il est loin d'en être ainsi; aussi croyons-nous devoir insister encore : que ceux à qui la santé publique est confiée avisent !

Dans le cas particulier, il ne peut suffire de porter plainte une fois le délit consommé; ce n'est pas par la condamnation d'une personne que l'on peut enlever la syphilis qu'elle aura transmise. *Il est donc indispensable de recourir à des mesures préventives*, dans tous les cas où l'on ne rencontre pas d'opposition, et *à des mesures répressives* applicables à tous les cas de résistance.

Il est évident que tous les détails de la loi en vertu de laquelle serait décrétée la prophylaxie de la syphilis devront être discutés méticuleusement, les uns après les autres, non seulement par des médecins, mais par des hommes au courant des attributions administratives et du fonctionnement des pouvoirs publics. Il ne s'agit donc ici que d'esquisser, pour ainsi dire, un projet de réglementation ou plutôt de signaler un certain nombre de mesures qui, tout pesé, ont paru à la fois utiles et justes.

Le problème se pose ainsi qu'il suit : la transmission de la syphilis est un mal énorme causé à autrui. Un grand nombre de syphilis ne sont pas d'origine vénérienne ; mais *la cause première de tous les cas de syphilis* réside dans le défaut de santé des prostituées. Ce fait donne à la société le droit et le devoir d'examiner quiconque *fait métier* de prostitution. Comme la prostituée ne peut savoir si elle est saine ou non, qu'il faut pour cela une compétence spéciale et que la transmission morbide peut se faire à son insu, elle doit, de par ce fait qu'elle se décide à se prostituer systématiquement, être soumise à la visite systématique, préalable, préventive et cela jusqu'au jour où elle voudra changer de métier. Telle serait la loi ; et c'est lorsque la femme refuserait de se soumettre à cette loi que, de malade, elle deviendrait coupable.

Si toutes les prostituées se soumettaient de bonne grâce et régulièrement à la visite sanitaire et si, trouvées contagieuses, elles se traitaient, au lieu de répandre leur maladie en continuant d'exercer leur métier, il ne serait besoin d'aucune espèce de réglementation. Malheureusement il n'en est pas ainsi : J'ai donc le droit, moi, Société, de les contraindre, au nom de la santé publique, soit à se démettre, soit à se soumettre.

Les mesures proposées ne peuvent être taxées de tyranniques, puisqu'elles sont dégagées autant que possible d'arbitraire et qu'elles ne consistent que dans des *obligations* pour ainsi dire *professionnelles*, imposées à des personnes ayant librement choisi leur manière de lutter pour l'existence, mais restant toujours libres d'y renoncer.

Le choix du personnel chargé de cette délicate surveillance me paraît de première importance. Le personnel devra être composé exclusivement d'agents consciencieux, instruits, capables de juger et de discerner. Leur titre ne sera plus celui *d'agents des mœurs*, mais bien celui *d'inspecteurs sanitaires*. Ils seront manifestement utiles et par conséquent respectés. D'ailleurs, ils auront une situation sociale et des appointements proportionnés aux services rendus. Les ordres seront formels de n'intervenir que pour des faits très nets de provocation ou de prostitution répétée ; de toujours négliger les cas douteux. Les mêmes inspecteurs garderont longtemps les mêmes postes, afin qu'ils aient le temps de connaître à fond les personnes coutumières de prostitution dans leur quartier. D'ailleurs, leur jugement ne sera jamais sans appel et toute erreur grave de leur part sera rapidement suivie d'une répression sévère.

La loi votée à Berne en 1885 contre le racolage, loi qui a permis la suppression des maisons de tolérance et qui constitue néanmoins une

arme excellente pour l'hygiène, pourra être consultée utilement en plusieurs points.

1° Peut-être sera-t-il préférable de conserver les maisons de tolérance, parce que le moyen le plus efficace de combattre et d'assainir la prostitution consiste à la localiser. Il suffirait de mettre les tenanciers dans l'impossibilité de spéculer sur la débauche d'autrui, d'exploiter leurs pensionnaires, de protéger les mineures qui seront dirigées sur les maisons de correction ou de travail, et enfin d'empêcher les détentions involontaires, toutes choses qui ressortissent à la législation commune. Les inspecteurs devront s'enquérir de l'état des pensionnaires et recueillir leurs réclamations.

2° *Les prostituées éparses* seront soumises à l'inscription, soit volontaire si elles sont majeures ou si elles ont le consentement de leurs ayants droit; soit forcée, mais alors seulement après débat contradictoire devant un tribunal spécial.

Elles devront se présenter à la visite deux fois par semaine, le lundi et le jeudi par exemple; ce seront là les obligations du métier.

Telle femme qui les remplira exactement sera encouragée par une prime; et, si elle vient à être malade et qu'elle se soigne sans continuer sa profession, la liberté pourra lui être laissée, excepté pour les syphilitiques de la période contagieuse; et même des secours pourront lui être accordés pour subvenir à ses besoins, non seulement pour elle-même, mais dans l'intérêt même de la société. Si, au contraire, malade elle est convaincue de persister dans sa profession, elle devra, soit volontairement, soit après jugement et expertise médicale, être internée et contrainte de se traiter.

Aussitôt guérie la poussée contagieuse, toute syphilitique devra être envoyée pour le reste de la période contagieuse, dans un établissement de convalescence *hors la ville*. Le temps qu'elle y passera pourra être utilisé à suivre l'école professionnelle ou à la ramener à des sentiments plus élevés et à lui créer par le travail un autre métier : de là, la nécessité des *asiles sanitaires*.

Pourra être définitivement exemptée de toute visite, toute prostituée qui aura eu, au moins cinq ans auparavant, la syphilis et en aura été traitée; la maladie n'étant plus contagieuse, étant devenue individuelle, la société a le droit dès lors de s'en désintéresser et de ne plus attenter à la liberté de la prostituée. Cette restriction aura encore l'avantage de diminuer dans une notable mesure le nombre des visites sanitaires. De là, l'obligation de prendre et de garder au dispensaire l'observation de tous les cas de syphilis dont le diagnostic sera entouré de toutes les contrôles possibles.

Je le répète, ce n'est pas là un projet définitif, mais un simple essai. En attendant la loi, comme l'a écrit Diday, le médecin doit préparer le terrain au législateur et les mœurs bien étudiées font les lois efficaces.

On s'inspirera aussi avec avantage des sages et minutieuses précautions instituées pour parer à tout arbitraire dans les « *contagious diseases acts* ».

Chaque arrondissement de Paris sera divisé en un certain nombre de circonscriptions, à chacune desquelles sera attaché un nombre suffisant de médecins compétents, de façon qu'à aucun jour, même les jours de fête et à des heures bien déterminées, la visite sanitaire ne fasse défaut. Les médecins seront soumis à une inspection médicale qui devra fréquemment contrôler les diagnostics et toujours lors d'une réclamation soulevée par une malade. En cas de litige, le tribunal devra prononcer.

Chaque circonscription sera placée sous la surveillance d'un ou de plusieurs inspecteurs sanitaires qui auront des réunions régulières avec leurs collègues des autres circonscriptions pour s'entendre au sujet des prostituées nouvelles venues, des insoumises, des disparues, toutes choses utiles à la surveillance. Ce contrôle sera facile à réaliser au moyen des photographies et des observations prises au dispensaire. Enfin et surtout, il faut ouvrir de nombreux dispensaires dans chaque quartier : plus vous en ouvrirez, plus vous pourrez fermer de prisons.

Qu'il y ait donc des dispensaires dans toutes les mairies, dans les hôpitaux, dans les bureaux de bienfaisance et dans les établissements publics similaires, intelligemment distribués sur tous les points de l'arrondissement, de façon à ce que les prostituées puissent facilement se rendre à la visite, de façon aussi à ce que le médecin ait le temps de procéder à un examen complet.

Saint-Lazare sera ouvert, du moins en partie. Qu'il soit le dispensaire par excellence, le plus vaste et le mieux agencé, qu'il soit doté d'un côté d'une consultation quotidienne, d'autre part d'un bâtiment de détention à l'usage des incorrigibles, des récalcitrantes ou des réfractaires, mais surtout qu'il constitue, à l'usage des malades, une véritable maison de secours ouverte à toutes. Des salles spéciales y seront réservées aux syphilitiques non prostituées, nourrices, etc., qui voudraient y être traitées sans être exposées à une promiscuité souvent fâcheuse et toujours pénible. Les aliments devront être plus soignés, etc.

Si l'on punit certaines prostituées, que l'on encourage les autres : des primes seront accordées à toutes les femmes qui auront été, pendant l'année, le plus exactes pour les visites sanitaires.

D'autres primes seront destinées aux prostituées qui, se sentant

malades et étant atteintes de maladies contagieuses, seront venues réclamer des soins sans retard et spontanément.

Que les pansements soient doux, soignés et régulièrement faits. Que les médicaments spécifiques soient largement et gratuitement distri bués. Que l'on agisse toujours et partout avec la plus grande douceur : telle est en quelque sorte la formule sous laquelle doit se résumer tout le système.

II. *Prostitution clandestine.* — Toutes les brasseries de femmes et tous les établissements similaires devront être astreints à l'inspection sanitaire. Les inviteuses, les verseuses, les servantes, devront être munies de certificats de santé valables pour trois jours seulement. Les noms resteront au dispensaire et pourront ne pas être portés sur les *cartes sanitaires* ; celles-ci porteront seulement la date, la photographie et le signalement, enfin le signe de santé. Ces cartes devront être montrées aux inspecteurs sanitaires à toute réquisition, comme un permis de chasse. Les patrons, comme les propriétaires pour les prostituées logeant hors des maisons de tolérance, seront responsables, non seulement de la santé de leurs pensionnaires et des méfaits que celles-ci auraient pu causer, mais encore de la régularité avec laquelle les cartes de santé seraient renouvelées. Pour contraindre les patrons à se soumettre à ces règlements, l'administration pourra utiliser son droit de fermeture et d'affichage comme pour les marchands qui ont trompé sur la qualité des marchandises.

L'examen médical nécessaire pourra d'ailleurs être fait, soit gratuitement dans les établissements publics et dans les dispensaires, soit par le médecin particulier des intéressées ou de leur patron. On pourrait s'inspirer de ce qui se passe à Hambourg.

Toute prostituée libre doit, à toute réquisition, montrer sa carte de santé ; si cette carte n'est pas en règle, il faut que dans les deux heures la prostituée se rende au dispensaire central, permanent ; sinon, elle y est conduite de force dès la troisième heure. Le médecin inspecteur ou en chef contrôle ou établit le diagnostic. En cas de maladie, la femme est gardée jusqu'à guérison; si elle proteste, une action judiciaire a lieu. Aussitôt guérie, la femme est libre ; aussitôt malade, elle est reprise.

Toute prostituée non inscrite convaincue d'avoir exercé la prostitution pendant le cours d'accidents syphilitiques contagieux ou d'avoir transmis la syphilis, sera condamnée à une réclusion dont la durée sera en rapport avec le temps nécessaire à la rendre pour l'avenir inoffensive. Cette réclusion ne pourra, bien entendu, être prononcée arbitrairement,

mais seulement par un tribunal public spécial, après débat contradictoire et expertise médicale spécialement compétente.

Seront aussi détenues dans les maisons de travail, même si elles sont en santé, toutes les filles convaincues de prostitution clandestine récidivante pendant un temps variable avec le nombre de fois où elles auront manqué à la visite sanitaire. Après un certain nombre de récidives, si elles n'ont pas de moyens d'existence, elles pourront être expulsées de la ville.

D'ailleurs l'administration devra tenir la main à l'observation de tous les règlements dirigés contre les délits de droit commun, à savoir: excitation de mineures à la débauche (article 334 du Code pénal français); les proxénètes devront être punies très sévèrement et les récidivistes passibles de relégation. De plus, on n'omettra pas l'application des lois et arrêts réprimant le scandale public, le tapage nocturne, la surveillance des garnis (ce qui est fort important), des arrêtés relatifs au vagabondage vrai et aux conditions similaires, etc.

En Russie, d'après Scherkakoff (*Bulletin méd.*, page 61, 13 janvier 1889) tous les sujets arrêtés par la police pour vagabondage, ivrognerie, pour défaut de moyens d'existence et autres infractions à la tranquillité publique, peuvent être soumis à l'examen médical et être envoyés, s'ils sont trouvés atteints de syphilis à la période contagieuse, et retenus pour y être traités, dans les hospices spéciaux,

Toutes ces propositions, je le dis encore, ne devront être décrétées en France qu'après discussion et réflexion, en rejetant autant que possible toute mesure inutilement tracassière, en considérant bien si le résultat utile surpasse les charges et en se souvenant « que plus fait douceur que violence ».

Il n'est pas équitable que les hommes ne soient pas soumis à certaines obligations.

Déjà les mesures précédentes peuvent jusqu'à un certain point s'opposer à la contagion produite par leur fait; mais d'autres mesures doivent être recommandées. C'est ainsi qu'il faut que les hommes prennent l'habitude de se sauvegarder eux-mêmes et n'omettent pas, dans leurs rencontres de hasard, de réclamer la carte de santé et d'en vérifier l'exactitude.

Dès lors, ceux qui négligeront cette précaution, ceux à qui on refusera le visa de la carte, ceux enfin qui s'exposeront sans réflexion, ou de parti pris, n'auront, s'il leur arrive malheur, qu'à s'accuser eux-mêmes, et ne pourront nullement incriminer l'incurie sociale. D'ailleurs, ils devront, à l'entrée des maisons publiques, être examinés par la matrone, personne ne pouvant se formaliser d'une mesure prise dans l'intérêt de

tous. La seule obligation de cette formalité, suffira à éloigner beaucoup d'hommes malades et à diminuer d'autant les contaminations.

Certains hommes ne vont dans les maisons publiques que quand ils ont des accidents contagieux. Ils n'oseraient coïter avec une femme libre; ils n'ont aucun scrupule d'infecter une prostituée. J'ai vu un étranger venu à Paris avec des accidents secondaires dans le sillon balano-préputial. Cet homme, éminemment contagieux et le sachant, n'hésitait nullement, en dépit de toute objurgation, à changer tous les jours de femme. « Je les paie bien, disait-il, c'est leur métier de risquer et de braver là vérole, comme un soldat les balles ! »

Dans le cas où de tels hommes seront convaincus (mais en pratique, il faut s'attendre que la preuve soit bien difficile à établir), d'avoir transmis la maladie, ils pourront être condamnés à des indemnités pécuniaires, en vertu de l'article 379 du Code pénal, ou bien en vertu de l'article qui sévit contre les coups et blessures par imprudence, ou encore en vertu de l'article 1382 ainsi conçu : « Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer. »

Si toutes ces propositions sont adoptées, la syphilis, ne pouvant venir du personnel de la maison, ne pourra plus être apportée que dans des cas très rares.

Dans les conditions que je viens de dire, les chances de contagion seront évidemment considérablement diminuées.

Toutes les mesures précédentes sont applicables à Paris et aux villes très populeuses. Quant aux autres, elles peuvent plus facilement défendre la santé de leurs habitants, comme l'ont montré déjà plusieurs municipalités, comme on le fait à l'étranger et notamment à Hambourg.

Dans ces villes, où la surveillance est relativement facile, les insoumises sont rapidement connues. Telle femme qui ne peut justifier de ses moyens d'existence est invitée à se faire inscrire pour être surveillée ; à plus forte raison, si manifestement elle fait déjà commerce de son corps.

Refuse-t-elle de se soumettre au règlement de la ville, elle y est contrainte; si elle refuse encore, elle est expulsée. Si elle est trouvée malade, elle est traitée à l'asile de détention. En dépit de l'arrêt d'expulsion, si elle revient, elle peut être emprisonnée, même si elle est saine, mais après débat contradictoire, s'il le faut, devant un tribunal. Mais la pratique démontre que ces femmes préfèrent se soumettre spontanément et sans bruit à l'inscription et aux visites sanitaires. Si une telle femme est convaincue d'avoir rendu quelqu'un malade, les plaintes sont prises en considération; si au contraire la femme peut prouver qui l'a rendue malade, elle est indemnisée.

Ainsi donc, après discussion, je retrouve comme conclusion les propositions que je voulais démontrer, à savoir : en attendant que le progrès et la civilisation la suppriment, la prostitution en état de santé ne peut pas être considérée comme un délit. Ce qui est un délit manifeste, c'est la transmission de la syphilis de la part de l'homme aussi bien que de celle de la femme. Puisque le commerce d'amour (ce dernier mot ne devrait jamais être prononcé en pareille circonstance), ou plutôt de volupté, ou plutôt encore de jouissances vulgaires, est un commerce, qu'on le soumette *aux lois de garantie* qui régissent tout commerce; qu'il soit surveillé par l'administration et par la médecine au même titre que le commerce des denrées alimentaires, de la boulangerie, de la boucherie, de la pharmacie, etc.

Loin de mettre la prostituée hors la loi, c'est la faire rentrer dans la loi commune. La santé publique exige ces garanties. L'intérêt général, ici comme ailleurs du reste, doit primer la liberté individuelle. Ce qui est immoral, ce n'est pas de reconnaître la prostitution en l'organisant, c'est de permettre les libres rapports aux personnes contagieuses, de laisser répandre impunément la syphilis. Ce qui est immoral, enfin, c'est de feindre de ne pas apercevoir le mal et de n'opposer aucun obstacle à son extension, cédant aux difficultés qu'il y a de le tenter.

Tel est l'ensemble des mesures que je crois propres à rendre l'*infirmité sociale qui s'appelle la prostitution* aussi peu nuisible que possible. Mais, dira-t-on, toutes les mesures précédentes sont inspirées sans doute par de bons sentiments, et sont plus ou moins facilement praticables. Mais, pour les mettre à exécution, il faut créer non seulement une juridiction spéciale, mais encore toute une administration, un personnel d'inspecteurs, un personnel de médecins, d'infirmières, d'employés de bureau, il faut de nombreuses installations outillées en conséquence, il faut des établissements petits et nombreux en ville et quelques-uns très vastes à la campagne. Pour tout cela, des sommes considérables sont indispensables.

Certes oui, quelque argent sera nécessaire pour une semblable organisation, mais peut-être en faudra-t-il moins qu'on suppose *à priori*. On peut en effet utiliser beaucoup de ce qui est déjà institué. D'autre part, si l'on calcule les maladies, les dépenses pour les soins, la perte de temps et de travail qui en résulte ; si on fait entrer en ligne de compte les désastres infligés à la société par la morbidité et par la mortalité de cause syphilitique, alors qu'on sait aujourd'hui que la santé est une richesse évaluable, et que toute épargne de vie humaine est une source de prospérité pour la nation, on verra que les dépenses sont, somme

toute, modérées, et que c'est là d'ailleurs, pour les deniers publics, le meilleur et le plus noble des placements.

Le système dont je viens d'exposer les grandes lignes et qui, je le sais, exige beaucoup de perfectionnements dans les détails, se compose de *mesures de douceur* et de *mesures de rigueur.* Je crois que pour bien faire, étant données les difficultés de l'application, ce mélange est indispensable pour obéir aux tendances du moment, inspirées peut-être plus par l'ambition de quelques-uns que par la recherche véritable de l'intérêt de tous. Que si l'on veut appliquer exclusivement le système de douceur, qu'on en fasse vraiment l'expérience. Il sera toujours temps, constatation faite des résultats, de revenir, s'il y a lieu, au *système combiné.* Eh bien! soit, mais alors qu'on agisse largement et rapidement. On n'a pas le droit, en vérité, de laisser plus longtemps des générations entières exposées au fléau, et de persister dans les errements où l'on s'attarde pour l'instant. Sans retard, qu'on prenne parti dans un sens ou dans l'autre. Pour nous, nous ne cesserons, en attendant, de réclamer des améliorations.

« *Salus populi suprema lex!* »

III. — Chacun ici connaît les méfaits de la syphilis non seulement apparents et immédiats, mais encore la fréquence des conséquences éloignées, insidieuses ou manifestes, si souvent désastreuses pour le malade et pour son entourage, quand le traitement n'est pas fait au début de la maladie.

1° Syphilis acquise :

Fréquence des cas graves, lésions non seulement des téguments ou des os, mais encore des viscères, dystrophies artérielles; de là, paralysie, infirmités variées, folie même, idiotie, etc. Fréquence des avortements. Résultat déplorable de la mortalité infantile.

2° Syphilis héréditaire précoce ou tardive : dystrophies, athrophies, nanisme, etc.

3° Syphilis conceptionnelle.

4° Syphilis accidentelle ou professionnelle. Contamination des nourrices, des médecins, etc...

Voilà, exposé en quelques mots, un faisceau d'accidents formidables et bien faits pour faire réfléchir. Combien on est loin de l'accident initial, presque toujours si bénin! Combien sont loin de la vérité, ceux qui ne voient dans la contamination syphilitique que quelques boutons ou taches et quelques plaques muqueuses!

Hélas! les conséquences de l'infection syphilique sont bien autrement déplorables! Si graves en vérité que c'est un devoir pour le médecin

compétent de rechercher tous les moyens de diminuer un si grand mal.

Quoi qu'on en ait dit, ces questions sont encore plus du domaine de la médecine que celui de l'administration, car le médecin seul peut posséder dans cette matière la vérité complète. Or, si le médecin doit bien connaître la syphilis et ses manifestations, s'il doit savoir diriger contre elle les moyens appropriés, il doit aussi la combattre dans son incessante propagation et s'attacher à la prévenir.

Nous avons pour devoir de montrer sans cesse le danger, d'indiquer le remède et d'en réclamer l'application sans jamais reculer par mollesse ou par indifférence devant les difficultés de la tâche (1). Il faut pourtant bien se dire qu'il ne suffit pas de nier un mal ou un danger ou de ne pas l'apercevoir pour qu'il n'existe pas! Il n'y a donc, à mon avis, aucune bonne raison pour ne pas accorder à la prophylaxie de la syphilis les préoccupations scientifiques et médicales, aussi bien que celles de l'administration.

Seule parmi les maladies vénériennes, la syphilis peut provoquer et justifier des mesures spéciales et coercitives.

Seule, en effet, elle atteint les femmes et les enfants et tant d'autres victimes, innocentes non seulement de toute débauche, mais même de toute imprudence. Seule enfin, elle amoindrit les populations et peut compromettre la race, non seulement au point de vue de la constitution physique, mais même au point de vue de la puissance intellectuelle. Il est donc bien entendu que les mesures de coercition ne peuvent s'appliquer qu'à la syphilis et même qu'à la période contagieuse, c'est-à-dire en moyenne aux deux ou trois premières années, au plus aux cinq années qui suivent le chancre.

Sans doute, tous les syphiliques ne tiennent pas leur mal de femmes prostituées; mais, si l'on remonte à la source première d'une syphilis qui atteint par exemple toute une famille, on voit que, *toujours*, *c'est d'en bas que vient le mal.*

La conclusion formelle de ces enquêtes est que c'est en *assainissant la rue* qu'on aura seulement quelques chances d'affranchir la santé publique d'un si lourd tribut.

Sans doute on n'abolira pas ainsi toutes les syphilis, mais il est certain qu'on en tarira la source principale et qu'on en diminuera prodigieusement le nombre.

C'est donc bien à la réglementation de la prostitution que se ramène

(1) Il y a trop de prostituées, dit-on : la moitié d'un pays serait employée à surveiller l'autre. Cela ne peut-être qu'une boutade ; car, moins on gênera le développement de la prostitution clandestine, plus celle-ci se développera et se substituera au travail.

cette importante question. Dans tous les pays, d'ailleurs, des hommes éclairés et compétents se sont efforcés, dans ces derniers temps, simultanément et sans entente préalable, de guider les pouvoirs publics dans la voie d'une sage et prudente préservation.

Il n'est nullement question de revenir à des procédés d'un autre âge, à des moyens barbares et justement délaissés. Il faut que les mesures à prendre soient en rapport avec l'état des esprits, l'élévation des idées et l'adoucissement des mœurs; mais certes, il serait indigne de la civilisation contemporaine de laisser se répandre un tel mal sans rien faire pour mettre obstacle à ses déplorables empiétements.

C'est là une erreur néfaste qu'ont pu soutenir seuls des hommes mal renseignés sur les ravages de la syphilis et sur ce fait que c'est le peuple et les pauvres qui, par défaut de soins ou d'argent ou de conseils pour se soigner, en souffrent le plus.

Loin de nous la pensée de ne pas encourager les respectables tentatives ayant pour but de relever la situation de la femme et de ceux qui ambitionnent de voir un jour disparaître la prostitution. Mais, sous prétexte de moraliser, permettre que la syphilis continue librement à frapper tant d'innocents et à compromettre la santé publique, ce serait là commettre la véritable immoralité.

Pour ma part, je conteste qu'il y ait faute dans l'acte du coït. La honte qui s'attache à ceux qui fréquentent les prostituées est, non pas dans le fait du coït lui-même, mais dans le fait qu'une fonction si noble est profanée, elle qui doit être en principe réservée à l'amour et à la perpétuation de l'espèce.

Mais, admettons même la faute; une expiation qui durerait toute la vie pour une faute momentanée et souvent pour une simple imprudence est une iniquité contre laquelle il faut protester. D'ailleurs, qu'il y ait faute ou non, le rôle du médecin contre la maladie reste le même.

Nul ne connaît l'origine certaine de la syphilis; mais, ce qu'on sait, c'est que la syphilis aime la guerre et que c'est toujours aux époques troublées qu'elle prend son essor et fait le plus de ravages. On peut dire que c'est l'alliée de Mars.

C'est pendant les guerres d'Italie qu'eurent lieu les effrayantes épidémies qui, depuis 1496, se sont disséminées de par le monde.

Mauricet, de Vannes, nous apprend que c'est la guerre civile contre les Chouans (auxquels le mariage était interdit) qui a semé la syphilis en Bretagne par l'intermédiaire de nombreuses filles publiques lesquelles «non contentes de se perdre elles-mêmes, ont perdu la santé de toute la population ».

La civilisation étant l'ennemie de la syphilis, il appartient à notre

époque de lui livrer la grande bataille qui décidera de la santé et de la vigueur des générations futures.

La question est d'autant plus d'actualité que le service militaire prolongé et généralisé amène fréquemment, de nos jours, tous les jeunes paysans à la caserne, et que la syphilis désormais moins circonscrite dans les villes (où on vient pourtant déjà la contracter), se répandant de plus en plus dans les campagnes (où elle est mal soignée), ne tarderait pas à envahir la totalité des populations.

Veut-on en arriver à l'état des Indiens chez lesquels, d'après les rapports des médecins anglais, sur trois malades qui entrent à l'hôpital, un est syphilitique!

La syphilis est une, dans les grands comme dans les petits États. Aucune race n'est réfractaire à la syphilis, c'est un privilège que l'homme n'a pas à envier à la brute.

A cause de la multiplicité des relations commerciales et autres, à cause de la facilité et de la rapidité des moyens de locomotion qui existent de nos jours, dans la paix comme dans la guerre, aucune agglomération d'hommes ne peut aujourd'hui rester indifférente au but que nous recherchons. Chaque pays doit se préoccuper des maladies du pays voisin. En les diminuant, il protège la santé de ses nationaux.

Il s'agit donc, pour ainsi dire, de prendre les mesures nécessaires pour protéger non seulement la santé publique, mais encore la santé internationale.

Fournier l'a dit : « La syphilis d'en bas rebondit sur la syphilis d'en haut »; de même, je pense que la syphilis d'un pays rebondit sur celle des autres pays. Toutes les classes, tous les pays sont donc intéressés à la disparition de ce mal universel; c'est pour cela que j'ai désiré soumettre la question au jugement du Congrès international.

Sans doute, ce n'est pas le lieu de discuter tous les détails de ce grave problème. Il faudrait pour cela une commission spéciale composée de médecins compétents, de jurisconsultes, d'hommes connaissant tous les règlements administratifs de chaque pays. Mais, comme Diday l'a dit, en attendant la loi, il faut préparer le terrain au législateur. D'ailleurs, l'expérience des hommes éclairés ici réunis, ne peut qu'être utile à entendre et précieuse à consulter.

Il peut être bon de savoir ce qui est mis en pratique parmi les diverses nations, et tel pays peut profiter des institutions en vigueur dans tel autre pays.

Chaque nation a ses mœurs et ses lois, mais il peut sortir des décisions d'une assemblée composée comme celle-ci, un ensemble de mesures générales qui soient utiles à toutes les nations.

On sait qu'il existe des ligues puissantes qui ont le titre d'universelles et qui ont pour but de relever la situation morale de la femme, de fortifier son éducation et son intelligence, d'organiser pour elle le travail en créant des bureaux de placement qui empêcheraient tout chômage prolongé, involontaire, et d'ainsi augmenter son indépendance et sa dignité. Nous ne pouvons que souhaiter leur succès.

L'heure n'est peut-être pas encore venue, quoique notre siècle soit celui des grandes œuvres internationales, de fonder la *ligue universelle contre la propagation de la syphilis;* mais en attendant, je demanderai au Congrès de vouloir bien émettre un vœu pour que l'étude de la prophylaxie de la syphilis soit mise à l'ordre du jour, et surtout en pratique, pour que la prostitution soit réglementée et assainie, pour que la prostitution clandestine soit combattue le plus activement possible, les malades étant d'ailleurs traitées avec la plus grande douceur et considérées bien comme des malades et non plus comme des coupables. Les visites sanitaires, fréquentes et minutieusement faites par des médecins éclairés, peuvent seules, avec l'isolement des malades contagieuses, arrêter la propagation de la syphilis.

Un vœu ainsi émis par une assemblée médicale internationale, aurait certainement une autorité extrême auprès des pouvoirs publics de chaque nation, constituerait une force nouvelle et un puissant argument en faveur des tentatives de préservation.

En un mot, le vote d'un tel vœu serait capable de faire enfin entendre à qui de droit la voix de nombreux médecins réunis, demandant que les réformes réclamées soient effectuées, que la diffusion de la syphilis soit efficacement conjurée, qu'enfin soit déclarée la guerre aux empoisonneurs publics et qu'une fois encore soit consacré le principe de « toutes les libertés hors celle d'empoisonnement! »

Conclusions.

Tous les desiderata que je viens d'exprimer peuvent être résumés ainsi qu'il suit, avec cette réserve que les mesures proposées s'adressent particulièrement à la ville de Paris.

Le mal provenant de la syphilis est immense. On fait beaucoup pour soulager les malades et pour les guérir. Il serait mieux encore d'enrayer le fléau, de le prévenir; comment atteindre ce résultat?

D'abord, il faut réclamer la stricte application des lois déjà existantes sur les garnis, sur les proxénètes, sur les vagabonds, sur les souteneurs et autres sujets dépourvus de moyens d'existence. L'on ne peut imaginer (il faut le constater par soi-même pour le croire), le nombre considé-

rable de mineures de quinze à seize ans, que l'on trouve parmi les prostituées soumises ou insoumises. Il y a lieu de les placer soit dans les maisons de correction (Le Pileur), soit dans les établissements destinés à l'enfance moralement abandonnée, etc. Mais surtout il faut instituer des dispensaires nombreux, dans tous les quartiers, mairies, bureaux de bienfaisance. Qu'il y ait, de service, *tous les jours* et pendant plusieurs heures, des médecins compétents pour pratiquer les visites sanitaires et les pansements, et pour distribuer gratuitement et *largâ manu* les médicaments spécifiques.

Que Saint-Lazare soit un grand dispensaire central, avec consultations, avec distributions gratuites, abondantes et faciles, de médicaments appropriés.

A la Préfecture, qu'on en fasse autant. D'autre part, qu'on n'omette pas d'utiliser les postes-casernes et qu'on crée des lits consacrés aux syphilitiques contagieux de *tous* les hôpitaux. De tous côtés, on se plaint de l'insuffisance du nombre des lits; or, il y a des salles fort belles à Saint-Lazare; qu'on utilise les constructions faites, au lieu de les détruire : démolir, c'est encore une dépense. Dans Saint-Lazare et dans les autres établissements similaires, que les malades soient aussi bien que dans tout autre hôpital, que les syphilisés soient traités comme des malades et non comme des coupables. On n'est coupable, en droit, ni pour se prostituer — sinon en public — ni pour avoir la syphilis; on ne l'est que si l'on contagionne son prochain. On n'est pas forcé de faire métier de prostitution. Si, pour une raison ou pour une autre, on se décide pour ce mode de « lutte pour l'existence », il faut être et rester en état de santé. Or, il n'est pas d'autre moyen pour cela que de passer des visites sanitaires fréquentes et préventives.

Pour les cas de syphilis exclusivement, et seulement dans les cas d'accidents de la période contagieuse, il y aura lieu d'envoyer et de retenir les malades à Saint-Lazare. Là, je le répète, elles devront être bien traitées : aliments, soins, pansements, bains, tout est à améliorer.

Il n'y aura de pavillon-prison que pour les insoumises, invétérées, récalcitrantes ou inconscientes, s'obstinant à empoisonner.

C'est ici qu'apparaît la nécessité d'*asiles sanitaires*, établissements installés à la campagne, dans de bonnes conditions d'hygiène, de travail (apprendre un métier) et de moralisation, où seront gardées, après décision d'un tribunal spécial et d'experts, pendant toute la période contagieuse, mais rien que pendant ce temps, les seules malades syphilitiques vouées à la prostitution. On peut évaluer ce séjour en moyenne à quinze ou dix-huit mois, ce qui permettra, en général, aux malades d'attendre leur majorité : les statistiques montrant que les contamina-

tions sont précoces. Pendant ce temps, les malades seront traitées, inspectées (pour éviter abus et erreurs, ainsi que pour constater toutes les réclamations), puis elles seront libérées après nouvelle décision de médecins experts.

Les vieilles syphilis seront par la suite exemptées de visites, car elles ne sont plus contagieuses; et les accidents, s'il en revient, sont assez visibles pour n'être pas dangereux, et assez douloureux (de même que vaginites et chancres simples) pour que les malades viennent spontanément réclamer des soins.

Évidemment, dans ce rapide sommaire, je n'entre plus dans les détails.

Toutes ces mesures sont indispensables pour établir le droit de la société, d'arrêter et de détenir une femme, soit parce qu'elle a transmis la syphilis, soit parce qu'elle peut la transmettre. Il est indispensable pour cela (Verchère) de fournir à la malade, *au préalable*, tous les moyens et facilités de se traiter d'une maladie qu'elle n'a, en résumé, que parce que l'incurie sociale lui a permis de la contracter. Et notez bien que ces mesures n'ont rien de commun avec celles qu'inspirent la bienfaisance et la charité. Les mesures proposées, la société doit les prendre, par le fait qu'elle est éclairée et civilisée, et par la seule raison qu'elle a la volonté et le devoir de mettre en œuvre les moyens (et ce sont les seuls en attendant la vaccination) dont elle puisse disposer pour sauvegarder la santé publique : ce sont donc bien de *véritables mesures de préservation sociale.*

Tout cela, dira-t-on, coûtera très cher. — Moins qu'on ne le croit. Et puis, toutes les dépenses faites pour l'hygiène sont des économies, puisqu'elles conservent santés et existences, véritables sources de la prospérité des sociétés.

En tout cas, tentez quelques réformes, vous n'avez pas le droit de rester dans le *statu quo.*

Et faites-le sans hésitation, et vite, car l'expérience prouve que toute vérole, n'importe où elle soit montée, vient toujours de la rue; fût-elle la dixième d'une série, la première vient toujours d'en bas. Assainissez le bas (rues, trottoirs, brasseries, bals, débits de vins, etc.), et vous assainissez tout le reste. Le service militaire obligatoire, les voyages à la ville, font que la syphilis se généralise de plus en plus. Assainissez les grandes villes, et vous assainissez tout le pays. Assainissez toutes les capitales et vous assainissez le monde.

Il faut surveiller aussi les ports militaires et marchands, et instituer une sorte de douane sanitaire (Mauricet).

Aujourd'hui, à cause de la multiplicité des relations, des affaires, à

cause de la facilité des moyens de transport, tous les pays sont intéressés à la santé les uns des autres : de là, la nécessité de *mesures internationales.* En vérité, pour résoudre ces problèmes, une *conférence spéciale* serait nécessaire et utile, pour le moins autant que pour toute autre question sociale.

II. De la prophylaxie de la syphilis par la surveillance médicale des prostituées. — Action du dispensaire de salubrité de la ville de Paris pendant les trente dernières années,

par M. le Dr Butte,

Médecin-adjoint du Dispensaire de salubrité.

De l'utilité des visites médicales.

M. le professeur Fournier, dans son remarquable rapport lu en 1887 à l'Académie de médecine, a insisté d'une façon magistrale sur les dangers de la syphilis et sur les diverses mesures prophylactiques qu'on devait lui opposer. Mon travail est plus restreint, je me suis attaché à étudier seulement un des côtés de cette question, et j'ai voulu montrer que, par la surveillance médicale de la prostitution telle qu'elle est pratiquée actuellement à Paris, on obtient des résultats qui, s'ils ne sont pas absolument merveilleux, n'en sont pas moins fort appréciables.

Quoi qu'on ait pu dire pour essayer d'obscurcir cette question, la prostitution est une des sources principales de propagation de la syphilis, et Parent-Duchatelet a pu écrire, avec raison, que « pour atténuer présentement les ravages de la syphilis et la faire disparaître par la suite, la première, la plus indispensable des conditions, est de surveiller la santé des individus qui se trouvent dans les conditions les plus favorables pour la propager : ces individus sont évidemment les prostituées. »

Je n'entreprendrai pas de discuter ici la question de la suppression de la prostitution ou de sa nécessité. C'est là œuvre de moralistes. Pour nous, médecins, nous nous trouvons en présence d'un fait indéniable : l'existence de la prostitution, ce mal nécessaire ou non, et d'un autre fait non moins certain; la propagation par cette voie d'une maladie redoutable non seulement pour l'individu, mais aussi pour la race. Le problème que nous avons à nous poser doit être sinon la suppression, au moins la diminution de cette maladie.

Certes, si par des règlements ou par d'autres moyens on pouvait arriver à supprimer la prostitution, et par cela même les autres maux qui en découlent, le problème serait résolu. Malheureusement, dans l'état actuel de nos mœurs, il est impossible, pour tout esprit pondéré, d'entrevoir la fin d'un état de choses qui a toujours existé dans tous les temps et dans tous les pays, D'ailleurs, les tentatives faites jusqu'ici pour supprimer cette plaie sociale ont toujours échoué, et les mesures prises, si radicales qu'elles aient été, n'ont eu pour résultat que de rendre la prostitution plus dangereuse en l'obligeant à se cacher.

Je veux bien espérer qu'un jour ce mal, réputé si longtemps nécessaire et considéré comme incurable par bon nombre d'esprits, finira par disparaître; mais actuellement il existe, il est impossible de ne pas le voir, et on constate tous les jours les ravages qu'il exerce sur la santé publique. Il est donc indispensable de tenter d'arrêter ces ravages, et je considère comme légitimes toutes les mesures, même les plus prohibitives, prises par la société pour se protéger contre l'extension d'une maladie aussi redoutable que la syphilis. Mais ces mesures ne seront légitimes qu'autant qu'elles seront utiles; il importe donc de démontrer l'utilité des moyens employés jusqu'ici pour empêcher la propagation de la syphilis.

Il est bien évident que la surveillance médicale ne peut empêcher les prostituées de devenir syphilitiques. Son action a seulement pour résultat de mettre les filles contaminées dans l'impossibilité de nuire. Peut-être les visites fréquentes obligent-elles les filles, soit à une réserve un peu plus grande dans leurs relations, soit à des soins sévères de propreté qui rendent moins facile la contagion; je le crois, les chiffres semblent le démontrer. Mais, *à priori*, il est clair que l'inscription ne doit modifier en rien la réceptivité des femmes pour la syphilis et que les filles qui subissent chaque jour des contacts plus ou moins suspects, qu'elles soient surveillées ou non, doivent contracter des affections vénériennes dans des proportions à peu près égales. Aussi, j'ai toujours été très étonné de voir les adversaires de la réglementation de la prostitution essayer, pour justifier leurs idées, d'établir des statistiques dans lesquelles ils voulaient montrer que les prostituées inscrites étaient plus souvent malades que les clandestines. Mais, quand même cela serait et je montrerai tout à l'heure qu'il n'en est rien, ce n'est pas un argument contre la surveillance des filles, bien au contraire; puisqu'elles sont malades si fréquemment, il faut les surveiller de plus près et les rendre incapables de propager la syphilis.

Ce qui fait qu'une prostituée inscrite est moins dangereuse pour la santé publique qu'une prostituée clandestine, c'est que la première est retirée de la circulation dès qu'un accident contagieux apparaît. Pen-

dant son séjour à l'Infirmerie spéciale, elle ne peut contagionner personne, tandis que la seconde continue à exercer son infâme métier et à répandre la syphilis et les autres affections vénériennes parmi la population mâle qui, elle-même, peut les communiquer aux femmes de toutes les catégories, aussi bien la mère de famille, qui reçoit de son mari une syphilis que celui-ci a contractée dans une partie de débauche que la femme de mœurs légères, car, suivant l'énergique expression de M. le professeur Fournier, « l'expérience clinique nous montre chaque jour la syphilis rebondissant du bouge le plus abject au foyer le plus honnête. » De telle sorte que la surveillance des prostituées et leur internement pendant l'existence des accidents contagieux est non seulement une sauvegarde pour la santé de l'homme, mais aussi [pour celle de la femme.

Dans cette étude, je parlerai seulement de ce que je crois bien connaître; c'est-à-dire de ce qui se passe à Paris. Attaché depuis bientôt cinq ans au Dispensaire de salubrité de la Ville de Paris et chargé de la statistique médicale de ce service important, j'ai pu, à l'aide de mes observations personnelles et grâce aux indications qui m'ont été fournies avec la plus grande libéralité par l'excellent médecin en chef, le Dr Passant, dont on connaît la grande expérience sur ce sujet, pénétrer le mécanisme intime de cette institution si vivement attaquée ; j'ai constaté les grands services qu'elle rend à la population parisienne, services souvent méconnus. J'ai pu voir que le rôle prophylactique qu'on lui a parfois contesté n'avait rien d'exagéré et les chiffres que je publierai montreront jusqu'à l'évidence que la santé publique a été protégée d'une façon très appréciable par la surveillance médicale exercée à Paris sur les prostituées.

Est-ce à dire que tout soit pour le mieux et qu'il faille rester dans le *statu quo?* Ce n'est pas ma pensée. En médecine, plus peut-être que dans toutes les autres sciences expérimentales, rien n'est complètement terminé; les connaissances augmentent tous les jours et les conséquences pratiques qui découlent des nouvelles découvertes doivent subir forcément des modifications. En ce qui concerne la syphiligraphie, les découvertes relativement récentes des Ricord, des Diday, des Fournier, etc., nous ont fixé sur certains points qui n'avaient même pas été pressentis par leurs prédécesseurs, on sait bien maintenant quels sont les divers modes de la contagion vénérienne, et il importe de s'inspirer de ces nouvelles connaissances quand on étudie la prophylaxie de la syphilis dans ses rapports avec la prostitution. La marche en avant de la science exige des améliorations dans les applications, et ce qui paraît bon à l'heure actuelle sera peut-être jugé passable ou même mauvais dans quelques

années. Mais de ce que le système actuel n'est pas parfait, cela n'empêche pas qu'il ne rende des services.

J'ai établi la statistique médicale du Dispensaire de salubrité de la Ville de Paris depuis 1871; en outre, en recueillant les documents qui se trouvent dans certains ouvrages sur la prostitution, j'ai pu dresser des tableaux statistiques comprenant les trente dernières années.

J'ai surtout voulu montrer le nombre relativement considérable d'affections vénériennes qui ont été constatées par les médecins du Dispensaire pendant cette longue période, et prouver ainsi l'utilité incontestable d'une institution si violemment attaquée par certains auteurs dont les opinions fort respectables reposent, à mon avis, sur une sentimentalité dévoyée et sur une connaissance imparfaite de la question.

Contrairement à l'opinion émise par certains partisans de la réglementation de la prostitution, plus j'aurai constaté d'affections syphilitiques chez les prostituées, mieux je croirai avoir démontré l'utilité d'une surveillance médicale rigoureuse. Plus il y aura eu de femmes malades qui auront été empêchées de communiquer leurs maladies, plus grands auront été les résultats obtenus.

Il y aurait certainement un autre moyen qui mettrait mieux en évidence l'utilité des visites médicales et de la séquestration des malades; il consisterait à établir la statistique des maladies vénériennes dans toute la population et de la comparer dans les différentes périodes où la surveillance a été plus ou moins rigoureuse. Mais dans la pratique, au moins actuellement, ce moyen n'est pas réalisable, puisqu'il est absolument impossible de déterminer, d'une façon même approximative, le nombre des vénériens existant dans une grande ville comme Paris. Les tentatives faites dans ce sens, en employant la statistique des vénériens des hôpitaux civils, ne peuvent donner que des résultats fort incomplets et qui ne permettent pas de poser des conclusions.

Il n'en serait sans doute pas de même des statistiques fournies par les hôpitaux militaires, et il y aurait là un élément de la plus haute importance qui apporterait très probablement des preuves convaincantes à l'appui de la thèse que je soutiens de la nécessité de la surveillance des prostituées.

J'avais l'intention de comparer l'état sanitaire de la garnison de Paris, au point de vue de la syphilis, avec la plus ou moins grande activité de la surveillance et j'espérais obtenir ainsi des résultats intéressants. Pour cela, je m'étais adressé au Directeur du service de santé militaire au Ministère de la guerre, lui demandant l'autorisation de consulter certains documents statistiques qui ne se trouvent que dans les archives de la Direction du service de santé du gouvernement militaire de Paris.

Mais, je ne sais pour quelle raison, ce haut fonctionnaire a laissé ma lettre sans réponse. J'ai donc été forcé d'ajourner cette étude, faute de documents.

Mais, ce que je n'ai pu faire pour Paris, l'Office de la guerre vient de le faire pour l'Angleterre et les chiffres qui ont été publiés sont d'autant plus intéressants qu'ils s'appliquent aux villes dans lesquelles la réglementation de la prostitution a été appliquée jusqu'en 1885.

SYPHILIS DANS L'ARMÉE ANGLAISE AVANT ET APRÈS L'ABROGATION DES « CONTAGIOUS DISEASES ACTS »

Dans *The Lancet* du 20 juillet 1889, on trouve l'analyse du travail de M. Cavendish Bentinck sur ce sujet, et les chiffres qui y sont consignés montrent de la façon la plus évidente les résultats favorables qu'avait donnés la loi sur les maladies contagieuses, malheureusement abrogée à la suite d'une campagne activement menée par des personnes, sans aucun doute bien intentionnées, mais qui n'en sont pas moins la cause d'une recrudescence de la syphilis dans l'armée anglaise.

Les adversaires des *Contagious diseases Acts* affirmaient que les chancres simples (chancroïds) avaient seuls diminué pendant l'application de ces lois, tandis que la syphilis secondaire avait au contraire augmenté. La statistique établie par le *War office*, et qui est datée du 25 juin 1889, apporte des résultats absolument contraires à cette opinion. Elle donne la proportion des admissions à l'hôpital pour syphilis secondaire sur 1,000 hommes de troupe dans les villes du Royaume-Uni autrefois soumises aux *Contagious diseases Acts* pendant chacune des années 1881 à 1888. (Les examens périodiques des femmes ont été suspendus vers le milieu de cette période, au mois de mai 1885.)

La proportion totale des soldats syphilitiques dans les quatorze stations était de 27 pour 1,000 en 1881 ; en 1888, elle s'est élevée à 42. De 1881 à 1885, les chiffres ont été 27, 22, 25, 25 et 26; en 1886, la proportion monte à 32 pour 1,000; elle est à 45 en 1887 et à 42 en 1888.

Si l'on examine le chiffre proportionnel des syphilitiques dans chaque station séparément, on voit que à Devonport, et à Plymouth, il s'élève de 21 en 1884, à 39 en 1885, 51 en 1886, 49 en 1887 et 41 en 1888.

A Porsmouth, on a : en 1884, 20; en 1885, 15; en 1886, 42; en 1887, 72; en 1888, 59.

A Chatam, Scheerness et Gravesend, la proportion s'élève de 22 en 1884. à 41 en 1888.

A Woolwich, on trouve, en 1884, 22 pour 1,000; en 1885, 28; en 1886, 39 ; en 1887, 49 ; et en 1888, 31.

A Aldershot, les proportions respectives sont, de 1884 à 1888 : 34, 23, 30, 47 et 52.

A Windsor, le chiffre proportionnel, qui était de 28 en 1884, monte à 61 en 1888.

A Shorncliffe, la proportion s'est élevée de 18 en 1884, à 70 en 1885; puis, les années suivantes, a été de 38, 37 et 30.

A Colchester, on a noté 29 p. 1000 en 1884 et 48 en 1888 ; à Canterbury, 20 en 1884 et 66 en 1888; à Maidstone, 39 en 1884 et 67 en 1887.

A l'exception de Winchester, il y a une augmentation dans toutes les stations, bien qu'elle soit moins marquée dans le Cork et à Currah que dans les districts anglais.

En résumé, le nombre des entrées dans les hôpitaux des soldats anglais syphilitiques, casernés dans les villes que nous venons d'indiquer, a presque doublé depuis l'abrogation des lois sur les maladies contagieuses.

Apres avoir constaté ces chiffres, malheureusement trop probants de l'efficacité de ces lois, l'auteur de l'article de *The Lancet*, auquel je les emprunte, ajoute :

« On devait s'attendre à cette augmentation. La syphilis est une maladie qui s'améliore autant par la propreté et le traitement qu'elle s'aggrave par la saleté et la négligence. Tant que les lois étaient appliquées, les prostituées ne pouvaient propager la syphilis au delà d'un premier ou d'un second examen périodique, et la maladie, attaquée au début, prenait rarement une forme grave. Tout est maintenant malheureusement changé. Au lieu de l'examen obligatoire et de la détention à l'hôpital, les misérables femmes remplissent les rues et propagent la maladie parmi les soldats. L'extension constatée par les statistiques nous en donne une preuve aussi affligeante que frappante. »

Je ne puis que m'associer à ces paroles du journaliste anglais, si bien placé pour constater les résultats désastreux amenés par la liberté de la prostitution. Elles viennent à l'appui de la thèse que je défends, et les chiffres publiés me paraissent être un argument que pourront difficilement réfuter les adversaires de la réglementation.

Il en sera de même, je l'espère, des résultats que m'ont fournis mes recherches particulières sur l'état sanitaire des prostituées à Paris.

Mais, avant d'aborder cette étude de *statistique*, je crois indispensable de donner quelques indications sur le mode de fonctionnement actuel du Dispensaire et sur le personnel de la prostitution.

APERÇU SUR LE FONCTIONNEMENT DU DISPENSAIRE

Le Dispensaire de salubrité comprend deux services : le service administratif et le service médical ; je n'ai pas à parler ici du premier qui a la charge des arrestations, de la surveillance et de l'inscription des filles ; le second seul doit attirer l'attention.

Du bureau médical. — Le bureau médical fonctionne tous les jours non fériés de onze heures du matin à cinq heures du soir. Son personnel est composé d'un médecin en chef, de douze médecins titulaires dont le médecin en chef adjoint et de dix médecins adjoints, ces derniers non rétribués. Le recrutement se fait actuellement au concours ; l'Administration a ainsi répondu au vœu si légitime formulé par la commission de l'Académie de Médecine. A ce sujet, je n'ai qu'une réserve à faire : je crois que, dans la composition du jury, il eût été bon de faire entrer au moins deux médecins du Dispensaire. C'était absolument logique et si naturel que M. le professeur Fournier demandait même dans son rapport que le jury fût constitué presque exclusivement par des médecins du Dispensaire, le président seulement étant pris dans l'Académie de Médecine. Il suffira, je crois, de signaler cette anomalie pour qu'une légère modification au règlement du concours la fasse disparaître.

A première vue, le fonctionnement du bureau médical est des plus simples ; il se borne à l'examen par les médecins des filles qui viennent subir volontairement la visite et de celles qui leur sont envoyées par le bureau administratif. Les médecins jouent là un véritable rôle d'experts et donnent leur avis sur l'existence ou la non-existence chez ces femmes d'affections vénériennes. Tout cela est très simple et paraît n'exiger de la part du médecin d'autres connaissances que celles des maladies vénériennes. Mais cette simplicité n'est qu'apparente ; le fonctionnement de cet organisme qu'on appelle à Paris le Dispensaire de salubrité est en réalité beaucoup plus compliqué, et la connaissance approfondie de la prostitution et des formes diverses qu'elle revêt devient indispensable pour tout médecin soucieux de bien remplir sa tâche et surtout pour celui qui est appelé à la direction de cet important service.

PERSONNEL DE LA PROSTITUTION SURVEILLÉE

On peut diviser en deux grandes catégories les filles qui se présentent à la visite médicale : d'une part, il y a les filles soumises et, d'autre part, les insoumises. Les premières, qui sont inscrites sur les registres de la

préfecture et connues de ses agents, sont elles-mêmes divisées en deux classes : les filles de maison et les filles isolées.

Filles de maison. — Les *filles de maison* sont, comme leur nom l'indique, celles qui se prostituent dans les maisons de tolérance. Leur nombre était de 762 en 1888, il diminue d'année en année. Grâce à leur genre de vie, il leur est presque impossible d'échapper aux visites sanitaires et elles sont étroitement surveillées à ce point de vue. Toutes les semaines, à jour fixe, les médecins du Dispensaire vont visiter ces filles dans leurs maisons; ils examinent les parties génitales externes et internes, l'anus, les cuisses, le ventre, les mains et les avant-bras, les lèvres, la bouche, la langue, l'arrière-bouche, le cou et la tête. Chaque maison de tolérance est pourvue d'un fauteuil à spéculum et des instruments nécessaires (spéculum, pinces, abaisse-langue), de telle sorte que l'installation est suffisante pour que rien ne puisse échapper à un œil attentif. Les filles reconnues malades sont immédiatement conduites à la Préfecture, puis de là à Saint-Lazare et les exemples sont bien rares d'une fille qui a échappé à l'internement, car la maîtresse de maison est responsable et l'administration n'hésiterait pas à fermer l'établissement dans le cas où la fille malade ne lui serait pas amenée.

Les femmes de maison sont évidemment celles qui sont le mieux surveillées au point de vue médical, et je crois qu'actuellement il est difficile de faire mieux à moins d'exiger que les visites ne soient *bi-hebdomadaires*.

J'ajouterai que, lorsqu'une fille est absente au moment de la visite, elle est conduite au Dispensaire dès qu'elle est rentrée. De plus, toute fille qui change de maison est obligée de subir une nouvelle visite.

Pour montrer l'utilité des visites fréquentes faites dans les maisons, il me suffira de donner l'observation suivante prise au hasard.

La nommée S..... Rose-Odine, a été arrêtée comme insoumise le 27 mars 1887, pour des syphilides vulvaires; elle est envoyée à Saint-Lazare, et en sort le 12 juin. Elle réclame son inscription au moment de sa sortie et entre en maison quelque temps après.

Le 12 juillet, on constate l'existence de papules syphilitiques de la vulve; renvoyée à Saint-Lazare, cette fille en sort le 5 août et rentre dans la même maison. Vingt-cinq jours après, le 30 août, le médecin note l'existence d'accidents syphilitiques du côté de la bouche et des amygdales, elle retourne à Saint-Lazare, et en sort le 8 septembre, pour y rentrer de nouveau le 7 novembre avec des plaques muqueuses sur les parties génitales.

On voit que, dès que les accidents contagieux apparaissent, et on sait que cette apparition est fréquente pendant la seconde période de la

syphilis, les filles sont immédiatement mises dans l'impossibilité de nuire et internées à l'Infirmerie spéciale.

La seule objection qu'on puisse faire à la manière actuelle de procéder, c'est que les visites ne sont pas tout à fait assez fréquentes; il est possible, en effet, que des accidents puissent apparaître dans l'intervalle de deux visites, et qu'une fille, reconnue saine le lundi, soit malade le dimanche suivant et devienne ce jour-là un agent de contagion. Je ne vois qu'un seul remède à cet état de choses, c'est l'établissement de visites *bi-hebdomadaires* pour les filles de maison.

Filles isolées inscrites. — Les *filles soumises isolées* sont pourvues d'une carte et sont astreintes à deux visites mensuelles seulement. En 1888, leur nombre était de 3,819. Ces filles, vivant à leur guise, en pleine liberté, savent souvent se soustraire aux obligations auxquelles elles se sont soumises, et chaque année il y en a plus de la moitié qui peuvent échapper à la surveillance médicale. C'est regrettable, car ce sont le plus souvent celles qui se savent malades qui ne viennent pas à la visite; cependant la crainte salutaire qu'elles ont d'être arrêtées les oblige à se soigner et à se montrer le moins possible, ce qui contribue à les rendre moins dangereuses.

Ces filles isolées sont, comme je l'ai dit, examinées tous les quinze jours au Dispensaire. L'examen est le même que celui qui est pratiqué dans les maisons et, eu égard à l'installation, il peut se faire complètement et avec une assez grande rapidité. Les filles reconnues malades sont retenues et envoyées immédiatement à Saint-Lazare. Il y a dans cette arrestation brusque qui éloigne tout d'un coup ces femmes de leur logement et les empêche de mettre ordre à leurs affaires, une des principales causes qui les empêche de venir sans crainte au Dispensaire. Je crois que s'il était possible de les laisser toutes retourner chez elles pendant quelques heures avant de les interner, elles viendraient plus volontiers à la visite; mais il faudrait dans ce cas qu'elles fussent accompagnées, et cela nécessiterait sans doute une augmentation de personnel que l'administration pourrait difficilement accorder. Actuellement l'autorisation d'aller chez elles n'est accordée qu'aux filles qui allèguent des motifs très sérieux.

Filles soumises arrêtées (*Dépôt*). — Les filles inscrites isolées qui ne se conforment pas au règlement établi (manque de visite, provocations brutales, scandale, etc.) peuvent être arrêtées et elles constituent une classe à part qu'on appelle *le Dépôt*. Ces filles amenées au Dispensaire le matin sont examinées et envoyées à l'Infirmerie spéciale quand elles sont reconnues malades. Grâce à ces arrestations, un grand nombre de filles en carte, syphilitiques qui, sans cela, viendraient rarement à la visite, sont surveillées d'une façon très efficace ainsi que le prouve la lecture de l'observation suivante :

Le 20 février 1886, la nommée R..., Marie-Rosine, est arrêtée comme insoumise et internée à Saint-Lazare pour un chancre spécifique de la vulve. Elle sort guérie de son chancre le 7 avril et est *inscrite* le jour même.

Cette fille ne vient pas à ses visites de quinzaine, elle est arrêtée pour ce fait le 18 mai, et le médecin du Dispensaire constate l'existence d'une angine syphilitique et d'accidents secondaires à la vulve. Envoyée à Saint-Lazare, R... en sort le 15 juin, mais elle persiste à ne pas venir à la visite; on l'arrête de nouveau le 31 juillet pour les mêmes accidents, elle reste à Saint-Lazare jusqu'au 10 août et, après sa sortie, continue à ne pas venir se faire examiner; on l'arrête encore le 7 septembre, elle a, à ce moment, des plaques muqueuses des amygdales pour lesquelles elle est retenue à l'Infirmerie spéciale jusqu'au 17 septembre. Enfin le 27 décembre 1886, cette fille est arrêtée une quatrième fois et on constate encore chez elle l'existence de plaques muqueuses du voile du palais qui nécessitent son envoi à Saint-Lazare où elle est soignée jusqu'au 14 janvier 1887.

Ainsi voilà une fille inscrite qui est atteinte de syphilis et chez laquelle le Dispensaire a constaté l'accident initial: elle quitte Saint-Lazare au bout d'un mois et demi et elle essaie de se soustraire à l'obligation des visites : quatre fois de suite en sept mois, elle est arrêtée et quatre fois le médecin constate l'existence d'accidents secondaires éminemment contagieux.

Mais, dans l'intervalle des arrestations, cette fille a certainement pu contaminer un grand nombre d'individus, et on se demande s'il n'eût pas mieux valu la retenir à l'infirmerie jusqu'à la disparition à peu près définitive des accidents secondaires, ou du moins la soumettre à une surveillance très étroite (1). Quoi qu'il en soit, grâce à la surveillance exercée sur les filles soumises, cette femme a été mise dans l'impossibilité de nuire pendant deux mois et demi dans une période de sept mois, et pendant ce temps deux cents personnes peut-être ont été préservées à coup sûr d'un contact dangereux. Ce chiffre de deux cents est très probablement inférieur à la réalité, car cette fille, comme la plupart de ses pareilles, avait certainement des rapports avec cinq ou six hommes chaque jour.

En 1888, on a fait 14,574 arrestations de filles soumises. Le nombre de ces arrestations a beaucoup augmenté dans ces dernières années et la surveillance exercée sur les filles inscrites n'a jamais été aussi active que depuis trois ans.

(1) A ce propos, M. le Dr Passant a essayé depuis quelque temps de répondre à ce dernier desideratum. Pour cela, dès qu'on constate l'existence d'accidents syphilitiques chez une fille soumise, celle-ci est inscrite sur une fiche spéciale dont le double est remis au chef du bureau administratif; puis on la met dans l'obligation de se présenter plus souvent à la visite. Si elle manque, on s'en aperçoit immédiatement et elle est mise en recherche.

Filles insoumises. — Nous arrivons maintenant aux *insoumises*, et il importe de bien savoir à quel genre de prostituées on doit appliquer cette qualification.

On confond journellement la prostituée clandestine avec l'insoumise ; à mon avis, il faut établir ici une distinction ; l'insoumise est une prostituée clandestine, mais toutes les clandestines, c'est-à-dire toutes celles qui ne sont pas surveillées par la police, ne sont pas des insoumises dans le sens que j'attache à ce mot.

Il n'y a d'autre différence entre la fille insoumise de la Préfecture de Police et la fille soumise que celle qui résulte d'une surveillance plus difficile : mêmes agissements, mêmes contacts fréquemment répétés; seulement pas ou presque pas de visites médicales, pas d'internement pendant la période des accidents contagieux, d'où il résulte nécessairement que la maladie peut se communiquer à un grand nombre de personnes.

Il ne faut pas confondre cette insoumise véritablement dangereuse avec le plus grand nombre des autres clandestines d'une catégorie un peu plus élevée qui vivent également de la prostitution, mais qui n'ont que quelques amants et ne peuvent, par conséquent, lorsqu'elles sont malades, communiquer leur affection qu'à un chiffre minime d'individus.

Un des principaux arguments des adversaires de la réglementation de la prostitution, est qu'à Paris, où l'on estime à 30,000 le nombre des prostituées non inscrites, 4,000 seulement étant soumises à la surveillance médicale, les efforts faits le sont en pure perte, puisqu'on n'a d'action que sur un chiffre tout à fait infime de femmes. Mais, si l'on peut admettre qu'il existe à Paris 30,000 femmes qui vivent de la prostitution, c'est-à-dire qui se livrent pour de l'argent, quelle est la personne non prévenue qui pourra croire que ces 30,000 femmes sont dans les mêmes conditions? Qui croira que toutes elles se prostituent dans la même journée à une dizaine d'individus peut-être? car c'est là un des caractères de la plupart des véritables prostituées inscrites et des insoumises de la Préfecture. Personne, évidemment, car alors il faudrait admettre que chaque homme adulte de la capitale s'adresse plusieurs fois par jour à l'une de ces femmes. Les 4 ou 5,000 femmes surveillées annuellement à Paris sont les plus dangereuses, ce sont celles qui subissent un grand nombre de contacts journaliers; parmi les 30,000 clandestines, en admettant ce chiffre tout à fait hypothétique, il en est un certain nombre qui vivent comme les inscrites (insoumises), mais les autres qui constituent la grande majorité, les femmes du demi-monde, les femmes entretenues qui assez souvent n'ont qu'un amant à la fois ne peuvent être dangereuses que vis-à-vis d'un nombre très restreint de personnes.

Les véritables insoumises sont les filles qui se livrent à la plus basse

prostitution; elles n'échappent pas complètement à la surveillance médicale et peuvent être arrêtées en *flagrant délit* et à la suite de la constatation de *faits précis et multipliés de provocation à la débauche.*

Il y a malheureusement un certain nombre de ces filles qui, grâce à leur métier apparent, peuvent éviter presqu'à coup sûr les arrestations et les visites médicales. On devine que je veux parler des femmes de brasserie et des bonnes de marchands de vin. Ces pseudo-servantes, qui sont les premières exploitées par des industriels sans scrupule, exercent la prostitution dans l'intérieur des établissements où elles sont employées et disséminent, sans compter, la syphilis dans toutes les classes de la population. C'est là un fait d'observation, et les médecins qui recherchent l'origine de la syphilis chez leurs clients entendent très fréquemment le bourgeois se plaindre de la fille de brasserie et l'ouvrier accuser la bonne de marchand de vin. Il serait indispensable de donner à la Police les pouvoirs nécessaires pour empêcher cette catégorie de filles de contaminer un aussi grand nombre d'individus.

L'état sanitaire des insoumises est des plus mauvais et on en trouve en moyenne 14 à 20 pour 100 qui sont atteintes d'accidents syphilitiques contagieux. « Si, comme le dit le Dr Commenge (1), médecin en chef adjoint du Dispensaire, dans un excellent travail, les prostituées insoumises ne propagent pas indéfiniment la syphilis, c'est qu'elles ont été arrêtées en flagrant délit de prostitution et ont été soumises, par suite, à la visite médicale » et il donne, comme exemple, l'observation suivante qui est absolument typique.

« Le 1er septembre 1887, nous avons vu au Dispensaire de salubrité une jeune fille de seize ans, qui avouait se livrer à la prostitution clandestine depuis un an.

Cette jeune personne, bien que mineure, était atteinte : 1° d'angine syphilitique; 2° de plaques muqueuses des lèvres supérieures et inférieures; 3° de plaques muqueuses hypertrophiées de la vulve et de l'anus. C'était un type extraordinaire d'accidents syphilitiques monstrueux. Au point de vue des accidents de la vulve et de l'anus, c'était un cas à faire photographier pour l'instruction des jeunes générations médicales.

Cette jeune fille avouait, sans la moindre vergogne, être malade depuis quatre mois; sachant parfaitement qu'elle était malade, elle n'en avait pas moins continué à voir des hommes; elle supposait avoir eu des rapports depuis qu'elle était malade, avec une série d'individus variant de quatre-vingts à cent.

Voilà donc une jeune fille qui a empoisonné, dans toute la candeur de son âme et sans le moindre scrupule, une centaine d'individus.

Si cette personne, qui vivait de la prostitution depuis une année, avait été soumise à une visite médicale, elle aurait été reconnue malade dès le début

(1) *La prostitution devant l'Académie de médecine de Belgique.* Paris, 1888.

et forcée de recevoir les soins médicaux indispensables; elle n'aurait donc pas eu le moyen de propager la syphilis à tort et à travers parmi les malheureux ouvriers qu'elle fréquentait et qui, en raison de son âge, pouvaient la supposer fort innocente. »

Il ne se passe pas de jours où des faits du même genre ne soient constatés au Dispensaire.

Je ne fais que répéter ici ce qui a déjà été dit bien souvent : c'est parmi les insoumises qu'on rencontre le plus grand nombre de cas de syphilis; ce sont ces femmes qui, n'étant pas internées pendant la période des accidents contagieux, sont les agents les plus actifs de la propagation de cette redoutable maladie. Cependant, les arrestations n'en sont pas très nombreuses, puisqu'en 1888 il n'en a été fait que 1,932.

Cette catégorie de filles si dangereuses pour la santé publique devrait surtout attirer l'attention de l'Administration et, puisqu'en raison de son personnel limité elle est forcée de faire un choix, qu'elle arrête un plus grand nombre d'insoumises et un peu moins de filles soumises. Elle rendra ainsi, j'en suis convaincu, les plus grands services à la population parisienne.

Les filles insoumises sont, comme les filles en carte, examinées au Dispensaire. C'est le médecin en chef qui est chargé de cet examen assez pénible et assez long, parce que ces femmes sont généralement mal soignées et même sales, et qu'elles n'ont pas, comme les autres, l'habitude du fauteuil à spéculum.

A côté de ces quatre catégories de filles (maison, soumises isolées, dépôt, insoumises), les médecins du Dispensaire ont encore à examiner toutes les filles au moment où elles quittent l'Infirmerie spéciale : ce sont les *sortantes de Saint-Lazare*. Ces filles sont visitées par le médecin en chef quand elles sont syphilitiques.

Enfin signalons, pour être complet, les filles qui sont amenées au Dispensaire à la suite de dénonciations faites par des militaires contaminés. L'opinion générale des médecins était que ces filles étaient rarement malades. Cette opinion était erronée et M. Passant a constaté que, sur 17 filles amenées en 1888 et 1889, il y en avait eu 6 atteintes de maladies vénériennes.

OPÉRATIONS DU DISPENSAIRE

On voit que le service du Dispensaire est assez chargé. Pour donner une idée du nombre des opérations pratiquées par vingt-trois médecins dont treize seulement sont rétribués, j'ai dressé le tableau suivant qui

représente par mois et par catégories de filles le nombre des visites qui ont été faites pendant l'année 1888.

Relevé par mois du nombre des visites faites au Dispensaire et dans les maisons en 1888.

MOIS.	VISITES FAITES AU DISPENSAIRE.						VISITES DANS LES MAISONS (visites hebdomadaires).	TOTAUX par mois.
	FILLES en carte (visites de quinzaine).	SORTANTES de Saint-Lazare	FILLES arrêtées (dépôt).	FILLES de maison (mutations).	FILLES de maison (manque de visite).	INSOUMISES.		
—	—	—	—	—	—	—	—	—
Janvier	3874	280	1328	347	43	154	3331	9357
Février	3866	339	1228	351	50	176	3366	9376
Mars.......	3794	295	1264	354	37	150	2925	8819
Avril	3656	224	1250	293	26	179	2966	8594
Mai........	3704	212	1489	323	32	182	3533	9475
Juin.......	3748	260	1297	298	15	159	2971	8748
Juillet	3624	199	1124	368	35	135	2925	8440
Août	3779	24	1091	362	196	164	3681	9297
Septembre .	3492	320	1345	324	14	175	2798	8468
Octobre....	3599	532	1019	335	55	148	3504	9192
Novembre..	3539	313	1067	285	23	140	3426	8793
Décembre..	3336	362	1072	292	26	170	2885	8143
Totaux..	44011	3360	14574	3932	552	1932	38311	106672

Au Dispensaire 68361
Dans les maisons 38311

Le chiffre total des visites qui varie par mois entre 8,500 et 9,500 a été de 106,672 pour l'année entière, ce qui, en défalquant les dimanches et les jours de fête, donne pour une journée 350 visites environ, dont 225 ont lieu au Dispensaire, les 125 autres étant faites dans les maisons. Ce nombre de 225 représente 56 visites par séance d'une heure et demie (il y a quatre séances par jour). Le chiffre de 56 examens au spéculum pratiqués en une heure et demie par un seul médecin doit paraître considérable à ceux qui ne font qu'à leur consultation des examens du même genre. Il n'a cependant rien d'exagéré et les médecins du Dispensaire arrivent à faire ces visites d'une façon complète et sans trop grande fatigue; il y a là une affaire d'habitude, une question de manuel opératoire et il suffit d'avoir assisté à une séance pour comprendre que le reproche qu'on a adressé aux visites d'être trop rapides et superficielles n'est pas fondé, au moins actuellement.

Il y a quelques années, lorsque les filles venaient au Dispensaire le jour qui leur plaisait pendant la quinzaine, la plupart attendaient le dernier jour et il y avait alors des encombrements et un nombre si considé-

rable de filles à visiter que très probablement certaines lésions pouvaient échapper à l'œil du médecin fatigué. Ce grave inconvénient a aujourd'hui disparu, et il a suffi pour cela à M. le Dr Passant de diviser les filles en quinze séries à peu près égales, à chacune desquelles est assigné un des jours de la quinzaine; de cette façon, le nombre des filles à examiner est à peu près le même chaque jour et l'on n'a plus à craindre l'encombrement.

Il est résulté un autre avantage de cette nouvelle pratique : c'est que les filles sont venues plus régulièrement, parce que l'Administration mise au courant chaque jour des absences non justifiées a pu plus facilement et plus rapidement faire rechercher les manquantes et employer contre elles les mesures de répression dont elle dispose.

En présence du bon résultat obtenu par cette excellente mesure qui gêne cependant les filles et qui faisait craindre qu'un plus grand nombre encore ne manquât à la visite, je me demande maintenant si on ne pourrait pas essayer de rendre les visites *hebdomadaires* obligatoires pour les filles isolées comme pour les filles de maison. Au bout de quelques mois, il serait facile de se rendre compte des résultats obtenus et de rétablir l'ancien système s'ils n'étaient pas favorables. A l'aide de cette expérience, on donnerait ainsi satisfaction aux hygiénistes qui réclament avec raison des visites plus fréquentes.

MALADIES CONSTATÉES CHEZ LES PROSTITUÉES ET POUR LESQUELLES ELLES SONT INTERNÉES

Il me reste maintenant à dire un mot des affections pour lesquelles les femmes sont envoyées à l'Infirmerie spéciale : ce sont par ordre de fréquence : la syphilis (chancre et accidents secondaires), la blennorrhagie (uréthrite, vaginite), les ulcérations et érosions du col, les métrites, les végétations, la gale et le chancre mou qui devient de plus en plus rare.

On voit que ces affections sont loin d'avoir toutes les mêmes caractères : les unes contagieuses graves, comme la syphilis, les autres contagieuses moins graves, comme la vaginite et l'uréthrite blennorrhagiques, d'autres contagieuses sans gravité comme la gale, les autres enfin non contagieuses, les métrites simples, les érosions et ulcérations du col utérin.

Ne pourrait-on pas établir des catégories parmi les filles atteintes de ces différentes maladies? Il est clair que l'intérêt qu'il y a à interner une prostituée atteinte de la gale est assez minime; eh bien! ces filles restent souvent plusieurs semaines à Saint-Lazare quand il suffit de quelques heures pour les guérir (on veut sans doute être certain qu'il n'y aura pas de récidive); l'importance de l'internement est encore moins grande

pour les femmes atteintes de maladies non contagieuses comme les métrites simples et les érosions du col. Aussi je voudrais que ces filles fussent classées dans une catégorie spéciale pour laquelle l'internement serait beaucoup moins rigoureux et ressemblerait à l'hospitalisation telle qu'elle est pratiquée dans les hôpitaux civils; il pourrait même y avoir des permissions de sortir. Dans une seconde catégorie, seraient rangées les filles atteintes de syphilis, et aussi de blennorrhagie et celles-là, bien entendu, seraient soumises à l'internement absolu, sans atténuation.

Il y a là un essai à faire qui répondrait, je crois, dans une certaine mesure, au désir de certains médecins qui voudraient faire de Saint-Lazare un hôpital à peu près semblable aux autres.

DE LA GRATUITÉ DES VISITES

Avant de terminer cet aperçu sur le fonctionnement du Dispensaire de salubrité, je crois utile de dire un mot sur une question importante qui a été soulevée bien des fois : je veux parler de la gratuité ou de la taxe des visites. Toutes les visites pratiquées par les médecins du Dispensaire de Paris sont gratuites et je considère que cette gratuité est absolument indispensable. La taxe des visites, bien que perçue par l'Administration, serait à mon avis incompatible, d'une part, avec l'indépendance et la dignité médicales qui, ici plus qu'ailleurs, doivent être entièrement sauvegardées et, d'autre part, avec le bon fonctionnement du service. On a proposé de faire payer les prostituées riches, mais ceux qui connaissent bien l'esprit de ces filles ne peuvent admettre cette pratique un seul instant; celles-ci croiraient qu'elles ont droit à des privilèges ; ce seraient des exigences, des racontars sans fin qui énerveraient le service et rendraient la surveillance plus difficile. L'égalité la plus entière doit être maintenue parmi les diverses catégories de prostituées, et il est indispensable de conserver la gratuité des visites.

STATISTIQUE MÉDICALE DU DISPENSAIRE DE SALUBRITÉ

Dans un rapport présenté en 1866 par le Dr Garin à la Société de médecine de Lyon, ce savant médecin exprimait ses regrets de n'avoir trouvé en France aucune table statistique permettant de comparer à différentes époques l'état sanitaire de la prostitution.

Depuis 1872, c'est-à-dire depuis dix-sept ans, j'ai pu établir le bilan exact des maladies constatées au Dispensaire de Paris chez les prostituées, aussi bien les insoumises que les filles soumises ; j'ai également pu réunir quelques chiffres publiés antérieurement dans certains ouvrages sur la prostitution, celui de M. Lecour (1), entre autres, de sorte que ma statistique embrasse une période assez longue et par cela même commence à devenir intéressante.

Les tableaux suivants, que j'ai dressés, résument ce que l'on sait de la statistique médicale du Dispensaire de salubrité de la Ville de Paris depuis 1858, c'est-à-dire pendant trente années. Malgré l'aridité de la lecture de tous ces chiffres, je crois bon néanmoins de les publier, eu égard à leur importance et aux conséquences qu'en pourront tirer les hygiénistes et les syphiligraphes.

Il serait fort désirable que des tableaux construits sur le même modèle fussent établis dans toutes les villes de France où existe une surveillance médicale bien organisée de la prostitution.

En les comparant avec l'état sanitaire de toute l'année par exemple, on obtiendrait sans aucun doute des résultats statistiques de la plus haute importance.

Malheureusement, le manque de direction rend bien difficile l'exécution d'un pareil travail, et ici encore on voit l'utilité qu'il y aurait à la création d'un ministère de la santé publique chargé de l'organisation des services hygiéniques en France et de la centralisation des documents.

(1) *La prostitution à Paris et à Londres* Paris, 1882.

Années 1859 à 1868. — Relevé comparatif par année du nombre des filles soumises et insoumises visitées et de celles reconnues malades pendant l'année.

ANNÉES.	FILLES SOUMISES.									FILLES INSOUMISES.		
	EN MAISON.			ISOLÉES VISITES RÉGULIÈRES.			ISOLÉES ARRÊTÉES DÉPÔT.					
—	NOMBRE de filles visitées. —	Syphilitiques. —	NON syphilitiques. —	NOMBRE de filles visitées. —	Syphilitiques. —	NON syphilitiques. —	NOMBRE de visites. —	Syphilitiques. —	NON syphilitiques. —	NOMBRE de visites. —	Syphilitiques. —	NON syphilitiques. —
1859	1912	494		2235	109		5182			1528	358	144
1860	1929	551		2270	97		4131			1650	432	132
1861	1823	421		2295	127		4225			2322	542	153
1862	1807	427		2470	156		4640			2987	585	214
1863	1741	420		2601	185		4221			2124	425	177
1864	1639	289		2610	120		4433			2143	380	213
1865	1519	268		2706	156		4571			2255	468	204
1866	1448	229		2555	112		4657			1988	432	169
1867	1412	235		2449	143		4247			2018	557	182
1868	1341	274		2428	149		4793			2077	651	217
TOTAUX.	16571	3608		24619	1354		45100			21092	4830	1835

Ce tableau est incomplet, il y manque quelques chiffres; mais on remarquera que, à part la colonne des filles soumises arrêtées syphilitiques qui est vide, les autres colonnes comprenant le nombre des autres filles et le chiffre des syphilitiques sont remplies. Il y a donc là les éléments les plus importants pour la statistique.

Années 1869 à 1878. — Relevé comparatif par année du nombre des filles soumises et insoumises visitées et de celles reconnues malades pendant l'année.

Années.	Filles soumises. En maison. Nombre de filles visitées.	En maison. Syphilitiques.	En maison. Non syphilitiques.	Isolées visites régulières. Nombre de filles visitées.	Isolées visites régulières. Syphilitiques.	Isolées visites régulières. Non syphilitiques.	Isolées arrêtées dépôt. Nombre de visites.	Isolées arrêtées dépôt. Syphilitiques.	Isolées arrêtées dépôt. Non syphilitiques.	Filles insoumises. Nombre de visites.	Filles insoumises. Syphilitiques.	Filles insoumises. Non syphilitiques.
1869	1206	308	**339**	2525	211	**211**	3987	**247**	**249**	1999	840	81
1870	1066	**278**	**339**	2590	**176**	**211**	3970	**247**	**249**	2641	**459**	**515**
1871	**1126**	**278**	**339**	**3183**	**176**	**211**	3072	**247**	**249**	2935	**459**	**515**
1872	1092	261	298	2583	186	200	6569	343	295	3746	659	743
1873	1126	338	340	3116	241	285	7776	364	274	3263	525	717
1874	1040	288	415	3663	216	263	9270	271	304	3338	480	629
1875	1152	283	442	3412	185	256	10203	227	301	3147	318	599
1876	1160	263	331	3420	151	184	9465	211	177	2349	231	422
1877	1170	250	293	3216	120	162	8819	148	196	2582	294	460
1878	1127	238	255	3123	101	125	7766	165	196	2599	325	474
Totaux.	11265	2785	3391	30831	1763	2108	70897	2500	2490	28619	4590	5155

On remarquera dans ce tableau que certains chiffres sont écrits en caractères gras. Ces chiffres sont fictifs. Pendant les années 1870 et 1871, la statistique n'a pu être dressée en raison des événements, et j'ai été obligé d'inscrire dans les cases vides les moyennes des autres années de la période, afin de pouvoir établir des comparaisons entre les trois périodes décennales.

Années 1879 à 1888. — Relevé comparatif par année du nombre des filles soumises et insoumises visitées et de celles reconnues malades pendant l'année.

ANNÉES.	FILLES SOUMISES. En maison			Isolées, visites régulières.			Isolées arrêtées. Dépôt.			FILLES INSOUMISES.		
—	Nombre de filles visitées.	Syphilitiques.	Non syphilitiques.	Nombre de filles visitées.	Syphilitiques.	Non syphilitiques.	Nombre de visites.	Syphilitiques.	Non syphilitiques.	Nombre de visites.	Syphilitiques.	Non syphilitiques.
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1879	1343	242	183	2648	125	93	7075	173	302	2105	396	294
1880	1107	199	159	2475	99	71	6767	197	410	3544	693	465
1881	1057	174	173	2103	74	86	3094	123	212	2422	495	330
1882	1116	160	137	1723	88	73	2916	140	260	2732	569	391
1883	1030	75	128	1786	86	104	3220	146	273	2798	501	357
1884	961	70	81	1956	94	85	4326	158	270	3016	441	336
1885	913	55	94	2998	102	136	9381	275	410	2989	407	486
1886	914	54	61	3405	73	101	14614	240	385	2723	316	447
1887	926	50	79	3755	59	135	17281	231	355	2298	273	464
1888	762	54	46	3819	56	87	14574	195	314	1932	262	418
Totaux.	10139	1133	1141	26668	856	971	83248	1878	3191	26559	4353	3988

Si l'on fait le total des maladies constatées, on voit que le Dispensaire a, depuis trente années, reconnu l'existence de la syphilis 31,228 fois chez les prostituées qui, pendant tout le temps qu'elles ont été internées à l'Infirmerie spéciale, ont été mises dans l'impossibilité de propager la maladie.

Je ne puis pas donner de chiffres pour indiquer quel est le nombre de personnes qui ont été ainsi préservées d'un contact suspect; mais, si l'on songe que les prostituées examinées peuvent avoir des relations avec une dizaine de personnes par jour, on voit que ces chiffres sont véritablement considérables.

Pour les affections vénériennes autres que la syphilis, je n'ai que les chiffres des vingt dernières années. Leur total s'élève à 22,435 et dépasse proportionnellement celui des syphilitiques.

En présence de ces chiffres, il est inutile d'insister plus longuement sur les services rendus par le Dispensaire. Il me semble qu'il sera difficile de contester qu'il n'ait pas rempli son rôle prophylactique. Grâce à lui, la propagation de la syphilis à Paris a été arrêtée dans une mesure fort appréciable.

Il importe maintenant d'essayer d'analyser les tableaux précédents et d'en tirer quelques enseignements. Il est évident qu'au point de vue des comparaisons à établir entre l'état sanitaire des différentes catégories de prostituées, les chiffres bruts que l'on trouve dans les tableaux ne peuvent nous donner que des indications très imparfaites, puisque le nombre des filles visitées est loin d'être fixe chaque année et varie même dans des proportions parfois considérables. Il est donc indispensable de dresser la proportion de syphilitiques pour 100 chaque année, de cette façon on peut établir des rapports.

Mais maintenant, nous nous trouvons en présence d'une autre difficulté plus sérieuse, c'est qu'il est presque impossible, avec les matériaux dont nous disposons, de connaître exactement le nombre des prostituées qui sont venues se faire visiter dans l'année; on sait le nombre exact des visites pratiquées, mais on connaît mal le nombre des femmes visitées. C'est justement à cause de cette difficulté que les statistiques publiées jusqu'ici disent presque toujours ce que veulent leur faire dire leurs auteurs, qu'ils soient favorables ou hostiles à la réglementation.

Pour avoir des chiffres comparables, il ne faut pas mettre en regard le nombre des visites, puisque, dans les cas des filles en maison par exemple, ces visites se répètent cinquante-deux fois par an, tandis que pour les insoumises, elles ne se font guère qu'une ou deux fois dans l'année. Il ne faut pas non plus prendre un chiffre hypothétique quelconque, 30,000 par exemple pour les insoumises et calculer sur ce chiffre. Car si 2,000 insoumises seules ont été visitées dans une année, nous

n'avons d'indications que sur l'état sanitaire de ces 2,000, et non pas sur celui des 28,000 autres que nous ne connaissons pas. Il faut de toute évidence essayer de déterminer aussi exactement que possible et par catégories le nombre des filles qui ont été examinées dans l'année. On peut, quand on connaît bien le service du Dispensaire, arriver à établir des moyennes qui se rapprochent beaucoup de la réalité. C'est ce que j'ai tenté de faire, et les tableaux que j'ai dressés sont à peu près complets et comparables, surtout si l'on n'établit de comparaisons qu'entre les prostituées d'une même catégorie.

A. — FILLES DE MAISON

Pour les filles de maison, il est facile d'obtenir le chiffre des filles visitées en prenant seulement l'effectif de l'année. Cet effectif varie très peu dans cette période, et, à l'aide de cet élément, nous pouvons établir le pourcentage de syphilitiques avec une grande exactitude.

ANNÉES 1859 à 1868		ANNÉES 1869 à 1878		ANNÉES 1879 à 1888	
ANNÉES.	SYPHILITIQUES p. 100.	ANNÉES.	SYPHILITIQUES p. 100.	ANNÉES.	SYPHILITIQUES p. 100.
—	—	—	—	—	—
1859	25.8	1869	25.5	1879	18
1860	28.5	1870		1880	17.9
1861	23	1871		1881	16.4
1862	23.6	1872	23.9	1882	14.3
1863	24.1	1873	30	1883	7.2
1864	17.6	1874	27.6	1884	7.6
1865	17.6	1875	24.5	1885	6
1866	15.8	1876	22.7	1886	5.9
1867	16.6	1877	21.3	1887	5.3
1868	20.3	1878	21.1	1888	6.9

Cette statistique des filles des maisons syphilitiques nous permet de constater une amélioration considérable dans l'état sanitaire de ces filles pendant les six dernières années. Tandis que, pendant les vingt-quatre premières années, le chiffre annuel des syphilitiques sur cent femmes, variait, suivant les années, entre 16 et 30; depuis 1883, ce nombre tombé à 5,3 n'a pas dépassé 7,6. Il est bien difficile d'expliquer cette amélioration notable et qui paraît persistante dans l'état sanitaire de ces filles.

Le nombre des maisons a beaucoup diminué, mais le personnel reste le même; les visites médicales sont plutôt plus minutieuses, puisque maintenant on se sert du spéculum toutes les semaines, tandis que aupara-

vant on ne l'employait que tous les quinze jours. Faut-il croire que les filles sont plus soigneuses ou que les maîtresses de maison sont devenues plus difficiles dans le choix de leur personnel? Faut-il attribuer le meilleur état sanitaire à une surveillance médicale mieux organisée? Je ne puis répondre à ces questions et me borne à signaler le fait qui n'en a pas moins une grande importance.

B. — FILLES SOUMISES ISOLÉES

Pour établir la proportion pour 100 des isolées syphilitiques, j'ai pris, comme chiffre des filles visitées, l'effectif de ces filles au 1er janvier de l'année. Ce chiffre est loin d'avoir la même exactitude que celui des filles de maison, car il varie beaucoup plus et un assez grand nombre de prostituées de cette catégorie savent se soustraire aux obligations de la visite. Aussi je considère que ces nombres ne sont comparables qu'entre eux et pas avec ceux qui s'appliquent aux autres catégories.

ANNÉES 1859 à 1868		ANNÉES 1869 à 1878		ANNÉES 1879 à 1888	
ANNÉES.	SYPHILITIQUES p. 100.	ANNÉES.	SYPHILITIQUES p. 100.	ANNÉES.	SYPHILITIQUES p. 100.
—	—	—	—	—	—
1859	4.8	1869	8.3	1879	4.7
1860	4.2	1870		1880	4
1861	5.5	1871		1881	3.5
1862	6.3	1872	7.2	1882	5.1
1863	7.1	1873	7.7	1883	4.8
1864	4.6	1874	5.8	1884	4.8
1865	5.7	1875	5.4	1885	3.4
1866	4.3	1876	4.4	1886	2.1
1867	5.8	1877	3.4	1887	1.5
1868	6.1	1878	3.2	1888	1.4

Comme je l'ai dit, ces chiffres sont seulement comparables entre eux; ils représentent à peu près la proportion des filles syphilitiques qui sont venues se présenter au Dispensaire et non pas la proportion vraie de ces filles; en effet, un certain nombre d'entre elles ne viennent pas à la visite quand elles se savent malades.

Nous pouvons seulement conclure que le chiffre proportionnel des syphilitiques qui viennent d'elles-mêmes au Dispensaire s'est maintenu jusqu'en 1885 entre 4 et 7 p. 100; depuis trois ans, il a diminué et en 1888 on ne trouvait que 1,4 p. 100. Cette amélioration est trop récente pour qu'on puisse être certain qu'elle se maintiendra. Du reste, pour les divers

motifs que j'ai énumérés, je n'attache pas une grande importance à ces chiffres. Pour avoir des résultats un peu meilleurs et pour pouvoir établir une comparaison avec les filles de maison et avec les insoumises, il faut joindre aux syphilitiques ci-dessus celles qu'on trouve parmi les mêmes filles lorsqu'elles sont arrêtées, soit pour manque de visite, soit pour toute autre infraction au règlement (Dépôt).

En prenant comme nombre des filles l'effectif des isolées, j'ai dressé le tableau suivant qui représente d'une façon beaucoup plus exacte que l'autre la proportion pour 100 des filles soumises isolées qui ont été reconnues syphilitiques à partir de l'année 1872 seulement.

ANNÉES 1872 à 1878		ANNÉES 1879 à 1888	
ANNÉES.	SYPHILITIQUES p. 100.	ANNÉES.	SYPHILITIQUES p. 100.
		1879	11.2
		1880	11.9
		1881	9.3
1872	20	1882	13.2
1873	19.4	1883	12.9
1874	13.2	1884	12.5
1875	12	1885	12.5
1876	10.5	1886	9.4
1877	8.3	1887	7.8
1878	8.5	1888	6.5

Il est regrettable que je n'aie pas pu ici remonter jusqu'en 1859; mais il m'a été impossible de trouver les documents nécessaires. On voit que dans ce tableau les chiffres annuels n'ont pas varié dans de bien grandes proportions; pendant les trois dernières années, il y a un peu moins de syphilitiques, mais les chiffres se rapprochent, quoiqu'un peu inférieurs, de ceux qui ont été constatés à la fin de la première période décennale, de telle sorte qu'on peut dire que l'état sanitaire des prostituées inscrites isolées est à peu près stationnaire depuis dix-huit ans, mais présente depuis trois ans une légère tendance à l'amélioration.

C. — FILLES INSOUMISES

Il est assez facile d'établir des comparaisons entre les filles de cette catégorie; elles ne sont en effet visitées qu'une fois ou deux dans une année, de telle sorte que le chiffre des visites représente à peu de choses près le nombre des filles visitées. En se servant de ce chiffre et de celui

des filles atteintes de syphilis, on obtient d'une façon exacte la proportion de syphilitiques pour cent filles examinées une seule fois.

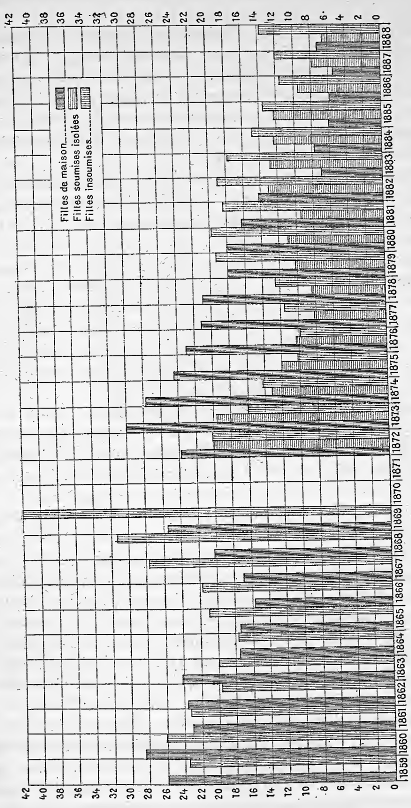
Mais puisque ces prostituées ne sont pour la plupart visitées qu'une ou deux fois par année, tandis que celles des autres catégories ont subi de vingt à trente et même cinquante visites annuelles, dans les comparaisons que l'on établira avec les autres filles, on ne se trouvera plus dans de bonnes conditions. Il est évident en effet que le chiffre qui représente la quantité de syphilitiques doit être plus élevé quand les visites sont plus fréquentes, et que si, par exemple, on trouve autant de malades chez cent filles inscrites, examinées trente fois, que chez cent insoumises visitées une fois, l'état sanitaire de ces dernières, bien que paraissant identique, sera néanmoins beaucoup plus mauvais.

ANNÉES 1859 à 1868		ANNÉES 1869 à 1878		ANNÉES 1879 à 1888	
ANNÉES.	SYPHILITIQUES p. 100.	ANNÉES.	SYPHILITIQUES p. 100.	ANNÉES.	SYPHILITIQUES p. 100.
—	—	—	—	—	—
1859	23.4	1869	42	1879	18.8
1860	26.1	1870		1880	19.5
1861	23.3	1871		1881	20.4
1862	19.6	1872	20.2	1882	20.8
1863	20	1873	16	1883	17.8
1864	17.7	1874	14.3	1884	14.6
1865	20.7	1875	10.1	1885	13.6
1866	21.7	1876	9.8	1886	11.6
1867	27.6	1877	11.3	1887	11.8
1868	31.3	1878	12.5	1888	13.5

En comparant entre eux les chiffres de ce tableau, on voit que la proportion des syphilitiques parmi les insoumises n'a pas beaucoup varié depuis dix-huit ans; elle a oscillé suivant les années entre 12 et 20 0/0. Dans la première période décennale, le chiffre des syphilitiques a été plus considérable, 18 à 30 0/0, ce qui semblerait indiquer aussi une tendance à l'amélioration dans l'état sanitaire de la prostitution clandestine.

ÉTUDE COMPARATIVE DE L'ÉTAT SANITAIRE DES TROIS CATÉGORIES DE PROSTITUÉES

Je viens de comparer l'état sanitaire des prostituées de chaque classe isolément, suivant les époques, et j'ai montré que partout cet état avait une tendance marquée à l'amélioration. Il me reste maintenant à établir



Graphique nº 1 représentant par année le nombre de syphilitiques pour 100 parmi les trois catégories de prostituées depuis 1859 jusqu'en 1888.

des comparaisons entre l'état sanitaire des diverses catégories de prostituées.

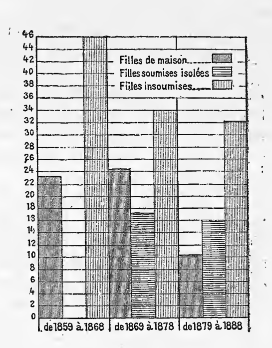
Dans le cours de ce travail, j'ai énuméré les raisons pour lesquelles il était difficile d'obtenir à ce point de vue des résultats très exacts et j'ai expliqué quels moyens j'avais employés pour essayer de rendre les chiffres aussi comparables que possible. Le graphique n° 1, bien que passible de sérieuses objections, donne une idée de l'état sanitaire des prostituées en maison, en carte et insoumises, tel que j'ai pu l'établir pendant les trente dernières années.

Ce graphique nous donne des indications brutes représentant le pourcentage des filles examinées ; il nous permet déjà de constater que, pendant les dernières années, l'état sanitaire des insoumises est constamment plus mauvais que celui des inscrites. Mais, pour avoir une statistique plus rigoureuse, il faudrait, comme je l'ai déjà dit, que les femmes de ces différentes catégories aient été examinées un nombre de fois sensiblement égal pendant la même période ; or, le nombre des visites est excessivement variable suivant les espèces de prostituées et, tandis qu'une fille de maison est visitée cinquante-deux fois, une insoumise ne l'est qu'une seule fois la plupart du temps. Il faut donc tenir compte de ce fait quand on veut apprécier la valeur de la statistique.

Mon expérience, mes observations, me permettent de penser que, si on prend comme type la proportion des filles de maison, celle des filles isolées doit être augmentée de la moitié environ et celle des insoumises du double au moins. En effet, l'observation m'a montré qu'une fille de maison atteinte de la syphilis (périodes primaire et secondaire) était internée deux ou trois fois dans l'année ; or, elle est visitée cinquante-deux fois. Les filles isolées qui sont visitées seulement vingt-quatre fois et qui évitent les visites quand elles se sentent malades, sont évidemment internées moins souvent, et je crois être au-dessous de la réalité en estimant à la moitié en plus le chiffre des internements qui auraient été effectués si les visites avaient été plus régulières et plus fréquentes. Quant aux insoumises, qui ne sont examinées qu'une fois ou deux fois tout au plus dans une année, il est clair que si celles qui ont la syphilis avaient été visitées toutes les semaines, on aurait constaté l'existence d'accidents contagieux au moins deux ou trois fois dans l'année, et, en doublant la proportion, je suis ici encore fort au-dessous de la réalité.

Telles sont les appréciations qui m'ont conduit à modifier les chiffres du graphique n° 1 ; je crois qu'à l'aide de ces modifications nous nous approcherons beaucoup plus de la réalité des faits et que l'état sanitaire des différentes catégories des filles sera plus facilement comparable.

Pour permettre de mieux apprécier, au lieu d'établir la proportion de syphilitiques par année, j'ai, dans le graphique n° 2, modifié d'après mes vues, donné la proportion par période décennale. De cette façon la valeur des variations s'accroît en raison même du plus long espace de temps pendant lequel les observations ont été recueillies.



Graphique n° 2, représentant la proportion de syphilitiques suivant les catégories de prostituées pendant les trois dernières périodes décennales.

Il saute aux yeux que l'état sanitaire des insoumises, quoique un peu meilleur dans la dernière période décennale, a été constamment beaucoup plus mauvais que celui des filles inscrites. Quant à l'état sanitaire comparatif des filles de maison et des filles isolées, que nous n'avons pu établir que pendant les deux dernières périodes, nous constatons que meilleur pour les isolées dans la première période, il est plus mauvais dans la seconde, de telle sorte qu'en prenant la moyenne des vingt années on trouve que l'état sanitaire de ces deux catégories de prostituées est sensiblement le même. Le fait le plus saillant se trouve donc dans la proportion de syphilitiques beaucoup plus grande chez les insoumises que les inscrites; ce qui démontre une fois de plus la nécessité d'une surveillance médicale rigoureuse de ces filles.

En résumé, je crois avoir donné la preuve qu'en mettant plus de 31,000 syphilitiques dans l'impossibilité de nuire, le Dispensaire de salubrité de

la ville de Paris a, pendant une période de trente années, préservé de la vérole un nombre considérable d'individus.

J'ajouterai qu'à mon avis, l'amélioration sanitaire des prostituées pendant la dernière période décennale doit trouver en partie son explication dans les mesures prophylactiques mieux employées et dans la meilleure organisation du service de la surveillance.

C'est ainsi que, depuis quatre ans que M. le Dr Passant est à la tête du service médical du Dispensaire, il ne se passe pas d'années qu'il n'introduise des modifications heureuses dans son fonctionnement : il a rendu obligatoire, pour chaque visite hebdomadaire des filles de maison, l'usage du spéculum qu'on n'employait avant lui que tous les quinze jours ; il a institué une surveillance plus rigoureuse des filles soumises syphilitiques ; il a établi l'obligation pour les filles soumises isolées de venir à jour fixe subir la visite médicale.

L'Administration qui, pendant une assez longue période, avait paru se désintéresser de cette importante question de prophylaxie, est revenue à d'autres sentiments et, il y a quelques mois, M. Lépine, le secrétaire général de la Préfecture de Police, qui connaît fort bien les questions d'hygiène du ressort de son administration, a voulu essayer de rendre les insoumises moins dangereuses et, d'accord avec le médecin en chef, il a décidé que toute fille de cette catégorie, reconnue syphilitique, serait astreinte, aussitôt après sa mise en liberté, à venir se faire examiner tous les cinq jours au Dispensaire. Cette mesure, excellente en principe, n'a pas donné jusqu'ici les résultats qu'on en devait attendre, et il faut sans doute attribuer ce fait à l'insuffisance du personnel administratif et à la difficulté qu'il éprouve à rechercher ces filles qui vont en province ou sont envoyées par leurs familles dans certains refuges.

On voit que le rapport de M. le professeur Fournier et l'importante discussion à laquelle il a donné lieu à l'Académie de médecine de Paris ont déjà porté leurs fruits.

Il reste encore sans doute de nombreuses améliorations à apporter dans un certain nombre de points de détails; j'en ai signalé quelques-unes dans le cours de ce travail; mais je crois qu'on est dans la bonne voie et que la pratique actuelle servira de base pendant longtemps encore à tous les systèmes de surveillance de la prostitution.

III. De la surveillance de la prostitution à Moscou,

par M. le professeur Pospelow (de Moscou).

On reconnaissait depuis longtemps les vices de la réglementation de la prostitution à Moscou, et l'on s'avouait l'insuffisance de la prophylaxie publique de la syphilis. Mais ces vices et cette insuffisance n'apparurent en entier qu'après le recensement des maisons de tolérance qui eut lieu en 1875. On comprit alors la nécessité de réorganiser le service de surveillance des prostituées.

La surveillance se trouvait à cette époque confiée à un comité composé de médecins et de membres de la police. Il y avait six ou sept inspecteurs pour la ville, c'est-à-dire pour une population de 800,000 habitants. Il était donc matériellement impossible de découvrir toutes les prostituées et de les amener à se présenter à la visite sanitaire. Or, n'est-ce pas là, Messieurs, le point capital? N'est-il pas évident que, s'il est inutile, dans la grande majorité des cas, de connaître le nom, l'âge et la nationalité de la prostituée, il est au contraire toujours indispensable d'être sûr de son innocuité? Qu'importe à l'affamé le nom du plat qu'on lui sert, pourvu que le mets soit sain? Et n'est-ce pas surtout de l'intérêt du consommateur que nous devons nous soucier ici? Notre rôle, à nous médecins, n'est-il pas uniquement de veiller à la santé publique, et pouvons-nous entrer dans les considérations morales et philosophiques qui touchent à cette grave question? Tel n'est point notre avis. La prostitution existe, il y a un métier de prostituée; nous n'avons pas à nous préoccuper de la façon dont ce métier s'exerce, mais nous devons faire en sorte que ce soit le moins possible au détriment de la société. En un mot, le problème est pour nous problème sanitaire, et c'est à le résoudre que s'est appliquée la commission instituée à Moscou en 1875.

Cette commission avait pu constater quel était l'état des choses. Elle savait que l'ancien comité avait toujours été dans l'impossibilité de dresser une liste complète des prostituées, et que la prostitution clandestine atteignait des proportions considérables; elle n'ignorait pas non plus que celle-ci s'exerçait souvent avec la complicité des agents de police, des propriétaires ou des domestiques d'hôtels meublés, de chambres garnies, d'établissements de bains, de tous ceux, en un mot, hommes ou femmes, qui donnent aux modernes prêtresses de Vénus l'hospitalité du jour ou de la nuit.

Dans le but de remédier à cette situation, notre commission proposa de créer des bureaux sanitaires où l'on décernerait aux prostituées une

sorte de *brevet de salubrité*, au sujet duquel nous donnerons tout à l'heure quelques détails. Nous n'avons pas besoin de faire observer que ces bureaux sanitaires n'ont rien de commun avec les tribunaux de l'inquisition au moyen âge. La femme qui s'y présente est simplement soumise à un examen médical, et, quand elle est saine, on lui délivre le certificat auquel elle a droit. Du reste, si la commission ne s'est point donné pour tâche de traquer les prostituées, au moyen d'agents nommés par elle à cet effet, et de les forcer de se rendre au bureau sanitaire, elle a proposé des mesures dont le résultat sera infailliblement le même, au point de vue de la santé publique.

Aucune de ces femmes ne peut plus être reçue dans une maison de prostitution quelconque, sans sa carte sanitaire, et les propriétaires des établissements ou des chambres garnies où elles opèrent sont rendus responsables de toute infraction à cette obligation. Sachant qu'elle ne peut désormais exercer son métier sans le brevet de salubrité prescrit par la loi, et qu'elle s'expose à être retirée de la circulation comme une pièce de monnaie fausse ou comme une marchandise frelatée, la prostituée finira par venir se soumettre d'elle-même à l'examen médical. Cette démarche, pénible et humiliante pour beaucoup d'entre elles, — surtout pour celles qui, malgré l'abjection où elles sont tombées, n'ont pas entièrement perdu le respect de la famille, et craignent de livrer leur nom à une publicité même restreinte, — cette démarche, disons-nous, leur est facilitée de la manière suivante. Il y a présentement à Moscou, pour la prophylaxie de la syphilis, un bureau central et deux bureaux sanitaires, dont nous ébaucherons plus loin le rôle respectif. C'est seulement dans le premier que la prostituée déclare son nom, son âge et sa nationalité, et elle ne s'y présente qu'une fois; dans l'autre, où elle doit se faire examiner deux fois la semaine, à trois jours et demi d'intervalle, on ne la connaît que par son portrait et le numéro de sa carte.

Quant aux maisons diverses où s'exerce la prostitution, elles sont visitées de temps en temps par des inspecteurs spéciaux, chargés de s'assurer si le règlement est strictement observé.

Ces mesures, adoptées en 1875, ne furent pas appliquées immédiatement d'une façon générale; elles ne furent d'abord mises en vigueur qu'à Nijni-Novgorod, durant la foire annuelle de cette ville. Ce n'est qu'au bout de treize ans, c'est-à-dire seulement il y a quelque temps, que le projet de 1875 a été sanctionné et appuyé par le *Ministre de l'Intérieur*, — et cela grâce à des circonstances particulières dans le détail desquelles il est inutile d'entrer devant vous. Il sera mis à exécution pendant trois années, à titre d'essai.

Qu'il nous soit permis de dire ici que l'idée première de cette réforme sanitaire appartient à la municipalité de Moscou. Désireux d'arrêter le développement de la syphilis parmi les habitants de cette ville, le maire, M. N.-A. Aléxéew, a convoqué les professeurs de l'université de Moscou, les médecins des hôpitaux, et quelques docteurs libres, et une commission a été nommée pour étudier la question, sous la présidence du professeur Erismann.

Cette commission décida « que la surveillance de la prostitution, l'or-« ganisation du service d'inspection et le traitement des prostituées « atteintes de maladies vénériennes seraient du ressort de la municipa-« lité. » Elle rédigea un projet, qui fut approuvé plus tard par celle-ci, et en vertu duquel une section spéciale était adjointe à l'*uprava* (1), sous la présidence de l'un des membres de cette dernière. La nouvelle section est dirigée par un médecin chef, et, à part le président, n'est composée que de médecins. Elle a pour mission d'organiser les inspections, de les diriger, de distribuer les cartes, et de faire conduire les prostituées malades à l'hôpital. De plus, elle doit établir la statistique de la syphilis, faire un index des maladies vénériennes des femmes publiques et mettre en ordre les rapports d'inspection.

Quant au rôle purement médical, il est confié à un médecin chef et, pour les deux bureaux sanitaires, à dix autres médecins chargés de mettre leur signature sur les cartes de salubrité, *sans lesquelles l'entrée des maisons de tolérance est interdite aux prostituées*. Les prostituées qui sont infectées et dont la carte n'a pas été signée, ne peuvent plus rester dans la circulation et sont envoyées à l'hôpital.

La police est chargée de surveiller en particulier les cabarets, les établissements de marchands de vins, les maisons de nuit, le domicile des femmes exerçant clandestinement la prostitution, les cafés-chantants et les différentes maisons pourvues de chambres garnies. Les inspecteurs sont à la disposition du chef de police, pour contrôler cette surveillance et pour veiller à l'exécution des règlements institués par la commission de 1875 à l'égard des propriétaires des maisons de tolérance, de rendez-vous, etc.

En abolissant l'inscription, on a eu pour but de modifier le rôle de l'ancienne commission médicale; au lieu de la laisser à l'état de simple rouage du service général de la police, on en a fait un véritable comité consultatif, adjoint au bureau du chef de la police, et chargé uniquement de pourvoir aux moyens d'arrêter et d'empêcher le développement de la syphilis.

(1) L'uprava est une administration dépendant de la mairie et chargée d'exécuter les décisions de la municipalité. Il y a une seule uprava.

On a mis en doute l'efficacité de cette nouvelle réglementation de la prostitution. Assurément, ceux qui en ont eu l'initiative ne pouvaient avoir la prétention de supprimer toutes les causes de propagation de la syphilis. Mais, sachant combien seraient cruelles à cet égard les suites d'une erreur d'organisation administrative, ils n'ont pas proposé un système basé uniquement sur quelque vue de l'esprit; ils ont essayé de concilier, autant que possible, certaines nécessités et misères sociales avec l'intérêt de la santé publique. Ont-ils atteint l'idéal en cette matière? Ils ne sauraient non plus y prétendre. Mais il est certain que les mesures nouvelles seront plus efficaces que les anciennes. La municipalité de Moscou, avec les moyens dont elle dispose, saura organiser le service d'inspection sanitaire beaucoup mieux que ne pouvait le faire l'ancien comité.

On peut se demander, il est vrai, s'il ne s'établira pas, comme par le passé, une complicité entre les agents de la police, les propriétaires de maisons publiques et les prostituées. Mais il est facile de prévoir que cette complicité sera restreinte à un petit nombre de cas, par suite de l'adoption de règlements plus précis et plus sévères, et par suite de l'établissement d'un service d'inspection plus complet et plus actif. Quant aux inspecteurs, un peu de pratique et d'habitude les mettront à l'abri de toute supercherie.

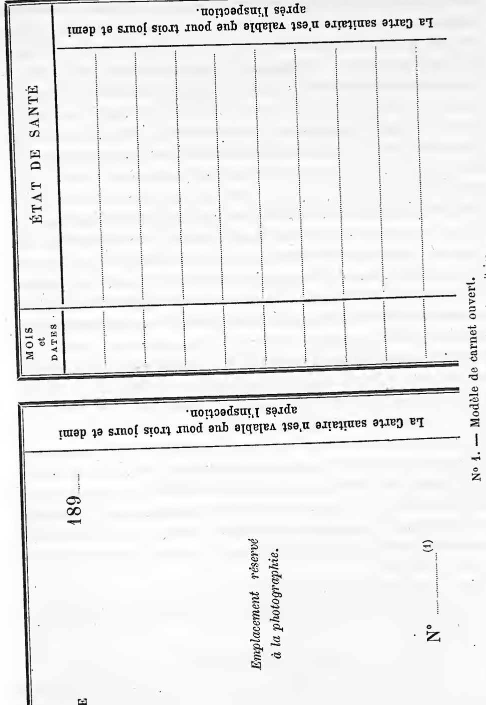
En définitive, le nouveau système de prophylaxie de la syphilis ne peut manquer de répondre à son but, si le mécanisme, tel que nous venons de l'exposer dans ses grandes lignes, en est rigoureusement dirigé. Toutefois, il faut dire hautement qu'il sera insuffisant à préserver la société d'une manière absolue, et que le plus sûr moyen de garder celle-ci contre la contagion est encore actuellement de faire appel à l'intelligence et *à la prudence de chacun de ses membres*. Si tous se contentent d'avoir foi en la tutelle administrative, aucun système d'inspection ne pourra fournir une garantie certaine à la clientèle ordinaire des *marchandes de sourires*.

Fonctionnement des bureaux sanitaires.

Messieurs, permettez-moi maintenant de vous donner quelques détails sur le mode d'examen des prostituées, dans nos bureaux sanitaires.

La prostituée se présente au bureau central, installé à l'hôpital Miassnitzkaia; elle y donne son nom et son âge, et l'on fait sa photographie. On lui délivre un carnet, véritable laisser-passer, sur la première page duquel on a fixé un exemplaire de cette photographie, et qui ne porte aucun nom : le portrait et un numéro tiennent lieu de ce dernier. De

plus, on établit au bureau central une feuille d'observation, portant le même numéro et un second exemplaire de la photographie, et qui constituera le dossier de la prostituée. On indique à celle-ci le bureau sani-



N° 1. — Modèle de carnet ouvert.

(1) Numéro de la photographie correspondant au numéro placé sur la feuille de la carte sanitaire.

taire auquel elle devra se rendre deux fois par semaine, à des jours et à des heures fixes ; elle sait désormais, répétons-le, que c'est là pour elle une obligation, et son carnet la dénoncera, si elle ne s'y est point soumise. En effet, lorsqu'elle vient à la visite du bureau sanitaire de son quartier, qui lui a été désigné, une sage-femme, chargée d'aider le médecin dans l'examen des prostituées (1), prend son carnet, qu'elle joint à la feuille d'observation, déposée à ce bureau, et présente l'un et l'autre au médecin ; si l'examen de la prostituée ne révèle aucun symptôme de maladies vénériennes, celui-ci appose sur le carnet, en regard de la date imprimée d'avance, un cachet sur lequel se trouvent ces mots : « Pas de symptômes vénériens, » et il signe. Chacun peut donc vérifier sur le carnet si la prostituée s'est fait examiner dans les délais prescrits. Si, au contraire, une affection vénérienne a été constatée, le médecin arrête le carnet et donne à la malade un billet d'entrée pour l'hôpital. Elle est alors soumise à un traitement approprié, et lorsque la période d'infection est passée, lorsque la contagion n'est plus à craindre, on lui permet de rentrer dans la circulation, et on lui restitue son carnet, après y avoir apposé, à la date de la sortie de l'hôpital, le même timbre que plus haut. Il y a cependant une différence : tandis que tout à l'heure les lettres du timbre étaient en écriture ordinaire, elles sont cette fois en italiques. Ce procédé a pour but d'informer le médecin du bureau sanitaire auquel devra se présenter la prostituée, comme par le passé, dans un délai de trois jours et demi, qu'elle est sortie de l'hôpital indemne de tout agent de contagion, sans révéler au public le secret de sa maladie.

Outre le carnet sanitaire et la feuille d'observation dont nous avons parlé, il existe une autre feuille, un autre dossier, pour ainsi dire, établi à l'hôpital, lors de la première entrée de la prostituée, et dans lequel ont été consignés tous les symptômes de la maladie avec le traitement suivi. Cette seconde feuille reste à l'hôpital, et se trouve complétée ultérieurement par de nouvelles observations, lorsque la prostituée est frappée d'une récidive.

Nous devons ajouter que ces cartes d'hôpital avaient été déjà instituées à Saint-Pétersbourg, il y a plus de dix ans, à l'hôpital Kalinkinsky, par le Dr Sperck.

Résumé et Conclusions.

I. — Le service sanitaire et le service de police doivent se prêter un mutuel appui, sans que l'un soit sous la dépendance de l'autre.

(1) La sage-femme qui remplit ce rôle y a été préparée par des études de dermatologie et de syphiligraphie.

Форма № 1.

САНИТАРНАЯ КАРТА

Жёнской городской амбулаторіи.

Пунктъ № ____ въ домѣ ____________

№ ______ книги центральнаго бюро ____________

Изъ дома терпимости ____________

На квартирѣ ____________

Приводная ____________

Число лѣтъ ____________

№ *фотограф.* Національность ____________

Врачъ смотроваго пункта ____________

Годъ.	Мѣсяцъ, число и результаты осмотровъ.

Forme nº 1

FEUILLE D'OBSERVATION

DU BUREAU SANITAIRE

Nº .... de maison ....

Nº .... (1) du livre du bureau central ....

Maison de tolérance ....

Prostitution inscrite ....

Prostitution clandestine ....

Age ....

Nº de photographie. Nationalité ....

Le médecin du bureau d'inspection ....

ANNÉE	DATES DE MOIS ET RÉSULTATS DES VISITES SANITAIRES

(1) Ce numéro est le même que celui de la photographie et qui est reproduit sur la carte personnelle.

Nº 2. — Modèle de la feuille du bureau sanitaire.

Лист. составлёнъ ...

Званіе: ... губ., ... уѣзда.
Лѣта: ... Родилась въ ... году ...
Вѣроисповѣданіе: ... Нація: ...
Семейное состояніе: ... Степень образованія: ...
Прежнее занятіе: ...
Занимается проституціей съ ... г. Записана проституткой ...
Въ публичномъ домѣ ...
На квартирѣ ...
Приводная ...

Примѣчаніе: ...

Число поступленій.	Поступила.	Выбыла.	Число дней въ больн.	Названіе болѣзней.	Возвраты сифилиса.	Лѣченіе. Ртутное. Втир.	Впрыс.	Внут.	J.	Примѣчанія.

Nom de la malade ...

État social : ... Gouvernement ... Département.
Age : ... Née à ... Année ...
Religion : ... Nationalité : ...
État de la famille : ... Degré d'instruction : ...
Profession précédente : ...
Se livre à la prostitution depuis ... est inscrite comme prostituée ...
Maison de tolérance ...
Inscrite à domicile ...
Clandestine ...
Remarques ...

Nombre des entrées	Date d'entrée	Date de sortie	Nombre de jours passés à l'hôpital	NOM DE LA MALADIE	Récidives	TRAITEMENT MERCURIEL Frictions	Injections	Usage interne	Iodure	OBSERVATIONS

N° 3. — Modèle de la feuille d'hôpital.

II. — La prostitution ne doit pas être libre. Les prostituées sont des commerçantes dont la marchandise doit toujours être fraîche; par conséquent, il est indispensable qu'elles soient régulièrement examinées. Mais, comme elles ne viendraient pas d'elles-mêmes à la visite, il faut les y contraindre, en leur interdisant l'exercice de leur métier, quand elles omettent de se conformer au règlement.

Le carnet de contrôle qui leur est délivré, sans lequel elles ne peuvent entrer dans une maison publique, et que chacun a le droit de leur demander, permet de constater cette omission.

Le fonctionnement des bureaux sanitaires et l'existence des feuilles d'observation, y compris celles de l'hôpital, permettent de suivre pas à pas les prostituées et d'étudier chez elles l'évolution de la syphilis. De cette manière, il est possible d'instituer une sorte de traitement successif des prostituées syphilitiques proposé par M. le professeur Fournier, et peut-être n'est-il point téméraire d'espérer les guérir.

IV. Sur la prophylaxie de la syphilis,

par M. le Dr Ch. Drysdale (de Londres).

De nos jours, il semble que la prophylaxie de la syphilis soit considérée comme synonyme de la réglementation de la prostitution. Il est impossible de réconcilier les deux partis, dont l'un, en citant des chiffres, affirme que si l'on pouvait seulement surveiller suffisamment la prostitution, l'on n'aurait plus de syphilis sur la terre; tandis que l'autre fait observer qu'il est impossible de soigner la prostitution clandestine, et que de cette plaie viennent la syphilis et les autres maladies vénériennes. Mais comment peut-on espérer faire plus contre la prostitution clandestine que les prêtres catholiques de Rome, qui ont souvent essayé de supprimer les maisons de tolérance, moyen qui a propagé la syphilis partout dans les familles par la prostitution clandestine.

C'est une erreur très grave de subordonner le principe de l'hygiène à l'opportunisme. Il faut donc considérer quel est le principe de la prophylaxie de la syphilis.

Or, nous savons que de toutes les maladies contagieuses, il n'en existe aucune qui soit théoriquement aussi facile à combattre que la syphilis. Dans ce cas, nous avons un virus fixe, qui n'est jamais créé de nouveau,

qui se diffuse seulement par contact ou héréditairement; de plus, nous savons parfaitement que la diffusion de la syphilis est plus difficile, parce qu'il faut que le virus pénètre par effraction d'une muqueuse ou de la peau. Nous savons que la contagion de la syphilis n'a rien à faire avec les conditions mauvaises d'hygiène, du sol ou des habitations, que la contagion n'est pas favorisée par aucun changement atmosphérique et que le danger réside seulement dans l'individu qui est malade.

Les déductions de ces données de la science sont très simples. Il faudrait seulement séparer pendant quelque temps les malades, et la syphilis serait bannie du monde. Si l'on pouvait obtenir une telle séparation des syphilitiques pendant une année et demie, la syphilis disparaîtrait comme la rage a disparu de la Prusse et de l'Australie. L'hygiène peut et doit enregistrer ce fait. Ici, comme dans le cas des autres maladies, par exemple la scarlatine et le typhus, il faut que l'hygiéniste explique les lois de la nature aux hommes d'État qui peuvent alors construire des lois capables de faire cesser cette maladie désastreuse.

Il y a certainement de grandes difficultés à vaincre; autrement la société serait depuis longtemps à l'abri de cette maladie : mais les difficultés ne sont pas insurmontables, et nous commençons à avoir plus de courage et de foi, depuis les conquêtes faites par la civilisation sur la fièvre typhoïde par un bon système de drainage et sur la petite vérole, bannie de l'Allemagne par la vaccination et la revaccination obligatoires. On ne peut pas objecter à la ségrégation des syphilitiques que cette méthode serait une atteinte à la liberté individuelle, car personne ne possède la liberté, même dans une république, de faire du mal à son voisin. La société doit protéger le citoyen contre toutes sortes de contagions, car ces contagions sont plus dangereuses à son bonheur que la perte de son argent pris par un voleur. Il n'est pas permis, dans aucune ville bien tenue, de porter un malade atteint de la petite vérole ou de la scarlatine à l'hôpital dans une voiture publique. Il est nécessaire qu'on soit porté dans une voiture *ad hoc*, appartenant à la municipalité. En Hollande et ailleurs, on fait clouer sur la porte des maisons où se trouve une personne atteinte d'une fièvre contagieuse, une affiche mentionnant le fait; et pourtant la Hollande est de tous les pays du monde civilisé le terrain de la liberté. Nous souffrons partout par l'ignorance des classes ignorantes de la société et par l'ignorance des représentants envoyés par ces classes pour nous gouverner; mais, quant à la syphilis, l'État sanctionne les attaques faites à la santé, même quand celles-là sont faites volontairement. Ainsi, il y a des hommes qui, quand ils savent qu'ils sont infectés par un chancre syphi-

litique, ne prennent aucune précaution en visitant les femmes, et même donneraient volontiers leur triste maladie à une vierge. Quel pays civilisé à l'heure actuelle punira un tel monstre? Aucun.

Aussi, combien y a-t-il de femmes qui, sachant bien qu'elles sont infectées de la syphilis, continuent à faire leur métier si dangereux pour la santé publique. Cependant notre gouvernement condamne à sept ans de prison le voleur qui prendra ma montre dans la rue de Londres; et laisse sans punition des hommes et des femmes qui donnent une maladie aussi funeste que la syphilis.

Il est vrai que l'État n'a pas le droit de mettre en prison un homme ou une femme affecté de la syphilis pour le faire guérir de sa maladie; mais il a le droit de protéger les citoyens contre la contagion faite par ces personnes, se sachant ou non infectées. Un syphilitique, homme ou femme, est une personne dangereuse à son voisin, car il peut le contagionner non seulement par le moyen des organes de la génération, mais par maintes autres voies. Si l'État n'aide pas le citoyen à vivre assuré contre de telles contagions, certes, il ne fait pas son devoir. Si le citoyen a le droit d'être protégé contre la fraude et la force, n'est-il pas évident qu'il a aussi le droit à l'intervention de l'État, pour s'assurer contre un tel péril? Cependant, un tel droit n'est pas reconnu en aucun pays de l'Europe. « Sauve qui peut, » voilà la maxime du législateur de nos temps en face de la syphilis. Espérons que l'avenir fera plus pour l'humanité!

Si l'État, en Angleterre et en Allemagne, a pu faire passer la loi de la vaccination obligatoire, il me semble que la ségrégration des syphilitiques dans la période contagieuse de leur maladie ne serait pas hors du pouvoir de nos parlements, et ne peut être qualifiée comme impossible; car on parle partout à présent de la nécessité qui existe de faire la ségrégation des malades souffrants de toute autre maladie contagieuse. *Salus populi, suprema lex;* et je ne puis pas imaginer pourquoi l'on ferait une exception à cette loi en faveur des syphilitiques.

On dira immédiatement que la séparation d'une foule de syphilitiques serait impraticable, etc., etc. Il faut alors répondre que sans cela l'extinction de la syphilis est impossible. Veut-on laisser persister un tel fléau de notre race?

Non! répond-on. Eh, bien! si l'on veut la fin, il faut vouloir les moyens. Et, pour anéantir la syphilis, la scarlatine, etc., il n'y a que la ségrégation qui soit efficace. Combien de pauvres syphilitiques n'existe-t-il pas, qui ont perdu leur voile du palais, la vue, ou ont été rendus paralytiques par cette maladie. Et on hésite à faire la ségrégation pour peu de temps des personnes qui portent un tel tort à leurs semblables.

Dans le passé, on a fait tout ce qu'on pouvait pour la diffusion de la syphilis. On a négligé les syphilitiques : on a appelé la maladie « une maladie secrète », et ainsi on a facilité sa diffusion. On pourra faire un commencement de la ségrégation demandée, en traitant chaque soldat affecté de syphilis dans une caserne où il pourrait continuer ses exercices quotidiens ou travailler à l'agriculture jusqu'à sa guérison. Des parents qui [ont eu la syphilis ne devraient pas pouvoir donner leur enfant aux soins d'une nourrice qui l'allaitera. De telles personnes doivent être punies par emprisonnement et aussi d'une forte amende. L'allaitement maternel ou artificiel seul doit être permis en pareil cas.

Le Dr C. Ruata, d'Italie, veut qu'on établisse des ateliers, où les personnes affectées de syphilis puissent exercer leurs professions, sans pouvoir sortir jusqu'au moment où leur pouvoir de contagionner leur voisin sera passé; et que tout employé du gouvernement soit obligé de déclarer qu'il a pris la vérole, afin qu'on puisse le faire rentrer dans un local ou il pourrait travailler sans avoir la faculté de transmettre aucune contagion. Des mesures semblables peuvent conduire à une mesure plus radicale. Après quelques années de discussion, l'on pourrait faire rentrer la syphilis parmi la catégorie des maladies ordinaires contagieuses. Les médecins ou les malades seraient alors obligés de notifier l'existence d'un cas de syphilis aussi bien qu'ils le feraient pour tout autre maladie contagieuse. Les malades qui ne voudraient pas notifier l'existence de leur maladie seraient alors jugés coupables, parce qu'il ne décèlent pas un danger pour la santé publique, et s'exposeraient à un emprisonnement et à une amende. Les moyens usités à présent en France et ailleurs pour la prophylaxie de la syphilis sont sans valeur. Le principe de ségrégation des malades fait défaut, et l'on vise à un opportunisme qui fait, je crois, plus de tort que de bien à la santé publique. Car il y a beaucoup de syphilis à Paris causée par la fausse sécurité promise par le dispensaire de salubrité. A Londres, où un tel système n'existe pas, le public est plus craintif, et la syphilis n'est pas, je crois, si répandue qu'à Paris.

V. Prophylaxie de la syphilis et surveillance de la prostitution,

par M. le professeur Neumann (de Vienne).

Conclusions.

Nos principales propositions concernant la prophylaxie de la syphilis, au point de vue médical, se résument ainsi :

1° La prostitution doit être surveillée par les pouvoirs publics aussi exactement que possible; la prostitution clandestine est à réprimer autant que possible.

Toutes les prostituées, les isolées aussi bien que celles des maisons de tolérance, doivent être astreintes à un examen médical sérieux, soit dans des hôpitaux publics, soit par des médecins qui ont prouvé leur aptitude spéciale pour cette tâche. Les prostituées malades doivent être internées dans des services spéciaux et traitées énergiquement d'après des méthodes éprouvées, et non pas indifféremment d'après la volonté de chaque médecin. Le système actuel d'après lequel les prostituées sont traitées dans les mêmes salles que des domestiques, des personnes contaminées par leur mari et des enfants qui ont hérité leur syphilis de leurs parents, exerce une influence démoralisante sur les autres malades.

En outre, toutes les mesures rigoureuses qu'on prend avec raison contre les prostituées frappent aussi les autres malades; par exemple, la défense en vertu de laquelle les malades ne doivent être visitées par leurs parents que dans la salle et avec la permission spéciale du chef de service, la mesure qui ne permet aux malades la sortie même dans le jardin de l'hôpital que dans des conditions spéciales, mesure qui, au point de vue hygiénique, a pour les malades plus de désavantages que d'avantages. Encore est-il que, selon une vieille ordonnance, tous les malades traités dans un pareil service doivent être inscrits sous le nom de syphilis. Ces exemples démontrent suffisamment la nécessité de créer deux catégories d'hôpitaux destinés pour ces malades : l'un pour les non-prostituées sous le nom de « cliniques pour des maladies externes » égal aux autres services; dans l'autre, destiné exclusivement pour des prostituées, on pourrait appliquer toutes les mesures qu'on trouve nécessaires dans l'intérêt des malades et de la population.

De cette manière, il sera possible de résister aux demandes des prostituées qui veulent quitter trop vite l'hôpital. Pour le même motif, il

serait bien de créer, pour des hommes qui demandent à quitter l'hôpital avant la fin du traitement, des salles de réserve dans lesquelles ils seraient internés jusqu'à ce que la cure soit finie.

Nous devons aussi nous occuper à changer le nom de *syphilis*, emprunté à la mythologie. Nous avons déjà mentionné que, pour des motifs historiques, la syphilis attache, même aujourd'hui, aux malades qui en souffrent, un opprobre qui les déshonore aux yeux de la majorité de leurs prochains, leur aliène leurs parents et détruit souvent même le bonheur de leur vie. En présence de ces considérations, il est permis de soulever la question s'il est nécessaire que le médecin qui a constaté la syphilis communique ce diagnostic à d'autres personnes, et si une telle communication n'est pas en contradiction avec son devoir de garder le secret de ses malades. De plus, il y a dans le Code pénal autrichien un paragraphe (498) qui dit : Le médecin-chirurgien, accoucheur, ou la sage-femme qui auront révélé le secret de leurs malades à d'autres qu'aux autorités publiques qui en font demande officielle, seront punis pour la première fois pour cette contravention de l'interdiction de la pratique médicale pour trois mois, pour la seconde fois pour une année et pour la troisième fois pour toujours.

Il ne peut y avoir aucun doute que désigner un service accessible à tout le monde sous le nom de « syphilitique » est inadmissible. Du moment où l'on dirige un malade — qu'il soit syphilitique ou non — dans un tel service, on révèle son secret à tous ceux qui, soit par sympathie, soit par curiosité, viennent le visiter, et le malade aura à souffrir de l'effet déshonorant toute sa vie. Il n'y a donc rien d'étonnant que beaucoup de malades redoutent l'entrée dans un service de syphilitiques et préfèrent supporter leur maladie autant que possible, plutôt que de se faire recevoir dans des hôpitaux qui, sans égard au préjudice de leur honneur, dénoncent à tout le monde le secret de leur maladie.

Dans le rapport intime des médecins, dans les travaux scientifiques, on peut se servir du nom de « syphilis », mais lorsqu'il s'agit de constater la maladie vis-à-vis d'une troisième personne, il faut l'éviter et remplacer surtout dans les hôpitaux publics la suscription mentionnée par une autre qui évite les suites fâcheuses et qui corresponde mieux à la vérité, car dans un tel service on ne traite pas seulement des personnes qui souffrent de syphilis, mais aussi d'autres atteintes de blennorrhagie, d'affections de l'urètre, de la vessie et ceux dont le diagnostic n'est pas encore posé avec sûreté à la réception; enfin, il est à considérer que, dans l'intérêt de l'enseignement scientifique, il est d'un grand intérêt d'avoir aussi dans un pareil service des maladies de la peau non syphilitiques.

2° Pendant la durée de la période condylomateuse, il faut interdire aux prostituées l'exercice de leur métier.

3° Pour les soldats, marins, etc., enseignement et instruction prophylactiques, examens périodiques exacts, traitement précoce énergique et assez long, traitement externe après la sortie de l'hôpital.

4° Examen médical fréquent du personnel de service (hommes et femmes) des fabriques et des établissements d'industrie par des médecins des fabriques, des caisses, etc. Surveillance exacte spéciale des industries dont on sait qu'elles favorisent la dissémination de la syphilis.

5° Surveillance des nourrices et des enfants trouvés, de la vaccination et de la circoncision.

6° Institution de la syphilis comme objet obligatoire d'enseignement et d'examen dans toutes les facultés de médecine.

7° Nombre suffisant d'hôpitaux pour la réception des syphilitiques, création de consultations externes et pharmacies pour les pauvres. Égalisation des syphilitiques soignés dans les hôpitaux eu égard aux frais de traitement et leur perception. Payement des secours pécuniaires aux malades syphilitiques par les caisses, sociétés, etc., comme aux autres malades.

8° Règlement international de la question de la prostitution et de la prophylaxie de la syphilis.

DISCUSSION

M. A. Fournier : Il serait, je crois, intéressant de savoir, par nos collègues étrangers, ce qu'a produit l'émancipation de la prostitution dans les pays qui, comme l'Italie, ont récemment modifié leur législation sur ce sujet.

M. de Amicis : La loi sur la liberté de la prostitution est appliquée depuis trop peu de temps pour que l'on puisse encore en apprécier les résultats définitifs; il faudrait, pour arriver à des conclusions ayant quelque valeur, attendre au moins quelques années.

M. Bertarelli (Milan) : La syphilis a beaucoup augmenté à Milan depuis l'application de la nouvelle loi sur la prostitution : dans les huit mois qui ont suivi l'application de la nouvelle loi, j'ai vu un nombre d'accidents primitifs presque double de celui que j'avais observé pendant les sept mois analogues antérieurs. Je ferai remarquer que, à Milan, l'observation des malades syphilitiques a été faite sur des statistiques

absolument sûres. Si la syphilis a augmenté, il n'en est pas de même des maladies vénériennes qui sont restées à un chiffre à peu près stationnaire.

Au point de vue prophylactique, je crois qu'il faut traiter les syphilitiques à l'hôpital jusqu'à la guérison complète, mais pour les autres maladies vénériennes, cela n'est pas indispensable.

M. Peroni (Turin) : Il y avait à Turin, avant l'application des nouveaux règlements sanitaires (16 septembre 1888), deux hôpitaux pour le traitement des maladies vénériennes et syphilitiques : le Sifilicomio governativo et l'hôpital de Saint-Lazare, ce dernier dû à une fondation privée. Au Sifilicomio, on a envoyé dans ces dernières années près de cinq cents femmes par an. Le Sifilicomio ayant été supprimé en vertu de la nouvelle loi, le gouvernement a établi à l'hôpital Saint-Lazare dix-huit lits pour les prostituées ; mais ces lits sont insuffisants pour le nombre (plus de 2,000), des prostituées qui existent à Turin, et maintenant ces femmes parcourent la ville en l'infectant. Voici, par périodes de trois mois, depuis l'application des nouveaux règlements, le nombre des hommes qui se sont présentés à l'hôpital de Saint-Lazare :

1er trimestre	375
2e —	567
3e —	636

Et pendant ce temps, on n'a reçu au maximum que 50 à 60 femmes par trimestre. Du premier au troisième trimestre, le nombre des cas de syphilis a augmenté de 92 p. 100 ; pendant le même temps, le nombre des autres maladies vénériennes a augmenté de 61 p. 100.

M. E. Castelo (Madrid) : Il est indispensable de réglementer la prostitution : la réglementation est d'ailleurs, dans tous les pays où elle existe, absolument imparfaite. Il serait nécessaire de s'occuper des hommes qui disséminent la syphilis. Pour ce qui concerne les femmes, il faudrait les visiter au moins deux fois par semaine, et chaque fois, faire l'examen au speculum, imposer de fortes amendes aux propriétaires des maisons qui ne se soumettraient pas au règlement ; en outre, obliger les femmes malades à entrer à l'hôpital et donner gratuitement des médicaments aux syphilitiques, dans tous les hôpitaux et dans toutes les consultations.

M. Humbert : M. Castelo vient de faire observer que les mesures prophylactiques qui existent ou qu'on propose ne s'adressent qu'aux

femmes, et qu'il serait utile de s'occuper des hommes qui, de leur côté, contribuent largement à la dissémination de la syphilis. Rien n'est plus juste ; mais, si l'on peut surveiller, visiter les prostituées, les isoler même en cas de maladie, il me semble absolument impraticable d'exercer un contrôle quelconque sur ceux qui les fréquentent. La meilleure manière, selon moi, d'empêcher un homme atteint de syphilis de devenir un agent de contagion, c'est d'abord de reconnaître qu'il est syphilitique, puis de le lui dire, de l'éclairer sur sa maladie, sur les dangers qui peuvent en résulter pour lui et pour les autres, sur la nécessité et l'importance d'un traitement rigoureux et de longue durée. Ce serait une erreur de croire que les syphilitiques, lorsqu'ils ont conscience de leur état, continuent quand même et sans scrupule à voir des femmes, ne s'inquiétant pas de ce qui en adviendra. Au contraire, ils s'abstiennent presque tous, à quelque milieu qu'ils appartiennent. La plupart pèchent par ignorance, parce qu'un médecin insuffisamment instruit, ou un pharmacien, qui l'est moins encore, leur a affirmé qu'ils n'avaient qu'une lésion insignifiante, quand il s'agissait en réalité d'un chancre ou d'une plaque muqueuse. Ainsi rassurés, ils n'interrompent pas les rapports sexuels, ils distribuent leur vérole, sans le savoir et sans le vouloir. Les vrais coupables sont ceux qui ne les ont pas mis en garde, qui ne les ont pas édifiés sur la véritable nature de leur maladie.

Combien de fois voyons-nous, même dans la clientèle de la ville, des syphilitiques que nous étonnons profondément en leur apprenant qu'ils ont la vérole, qui se refusent presque à nous croire, et cela parce que leur médecin ordinaire n'a pas porté ce diagnostic ? A l'hôpital, les cas de ce genre sont bien plus communs encore, car, dans le peuple, c'est presque toujours au pharmacien qu'on demande un premier conseil. Je n'hésite pas à dire que, sur le nombre des syphilitiques qui se présentent à la consultation de l'hôpital du Midi, — et c'est par milliers qu'on les compte chaque année, — il y en a certainement plus de la moitié qui ont été l'objet de semblables méprises, qui croient très sincèrement que leur chancre n'est qu'un herpès, une érosion, une écorchure quelconque. Et quand on leur demande s'ils ont vu des femmes depuis le début de leur mal, ils répondent : « Oui, mais je ne savais pas ce que c'était ». « Vous n'avez donc consulté personne ? » « Si, j'ai été chez le pharmacien, mais il m'a dit que *ce n'était rien.* » Tel est le dialogue qui s'échange tous les jours, entre nos malades et nous, avec une déplorable uniformité. Et quand ces mêmes malades sont convaincus qu'ils ont la vérole, ils demandent à entrer à l'hôpital, ils y restent jusqu'à ce qu'ils soient guéris ; au dehors, ils suivent leur traitement ; à la moindre récidive, ils viennent réclamer de nouveaux soins.

Je ne voudrais pas donner à tous les syphilitiques un brevet de délicatesse ; mais, je le répète, dans la majorité des cas, c'est bien plus par ignorance que par insouciance qu'ils propagent la syphilis. N'est-ce pas le cas de tant de maris qui, s'apercevant de quelque chose après un coït extra-conjugal, vont voir un médecin qui les tranquillise, et, rentrés chez eux, donnent la vérole à leur femme légitime ?

Voilà pourquoi je pense qu'il importe, avant tout, de diagnostiquer la syphilis et de la soigner, de mettre les malades au courant de leur situation et de toutes les précautions qu'ils ont à prendre. Il faut donc favoriser et développer l'enseignement des maladies vénériennes, qui sont encore trop peu connues d'un grand nombre de praticiens; réclamer des élèves, aux examens, des notions suffisantes, sinon sur l'ensemble de la pathologie vénérienne, au moins sur ce qu'il y a de plus indispensable au point de vue de la prophylaxie de la syphilis, c'est-à-dire le chancre et les manifestations secondaires. Il faudrait enfin surveiller de près l'exercice illégal de la médecine, les spécialistes douteux et souvent non diplômés; interdire aux pharmaciens de donner des consultations et surtout de vendre des remèdes, sans ordonnances, aux malades atteints d'une affection quelconque des organes génitaux.

Je ne puis développer ici ces idées ; mais il y a évidemment quelque chose à faire, car on ne peut mettre en doute que les hommes soignés par des ignorants, et par cela même inconscients, n'entrent pour une large part dans la propagation de la syphilis.

M. Hardy : Il sera toujours difficile, sinon impossible, d'empêcher les pharmaciens de donner des consultations à ceux qui leur en demandent.

M. Cruyl (Gand) : La lutte contre la propagation du virus syphilitique est une nécessité sociale, c'est en outre une nécessité universelle, internationale, et les peuples les plus divergents d'esprit politique et de tendances économiques doivent, sur le terrain de la prophylaxie publique de la syphilis, se prêter un mutuel et énergique appui.

Tout ou presque tout sous ce rapport demeure à faire. Les adversaires de la réglementation se félicitent de l'abolition de toute entrave à la liberté de la prostitution dans un certain nombre de pays, et en thèse générale, il suffit à la femme la plus infectée de franchir les frontières du pays où elle a fait le plus de victimes pour pouvoir impunément, pendant un temps assez long tout au moins, reprendre le cours de ses aventures.

Les mesures les plus rigoureuses sont prises pour préserver d'épizootie ou d'infection parasitaire les bestiaux, les animaux domes-

tiques ou même les végétaux. L'oïdium de la vigne, le doryphora qui s'attaque à la pomme de terre, la clavelée qui menace l'espèce ovine, la pleuro-pneumonie exsudative qui frappe les bœufs et les vaches, tous ces fléaux trouvent ligués pour leur extirpation tous les gouvernements de l'Europe. Le salut de la pomme de terre ou du vin de Bourgogne, la santé de la vache ou du porc sont questions graves sans doute et valent bien que législateurs et gouvernants s'en occupent, que la diplomatie soit mise en mouvement et hérisse les frontières de gabelous et de baïonnettes. C'est à merveille, mais l'espèce humaine ne mérite-t-elle aucune commisération et la théorie du laisser-faire et du laisser-passer compromettra-t-elle, sans que l'on s'en préoccupe, la santé et la raison, non seulement des générations actuelles, mais des générations à venir!

La syphilis, en effet, comme l'anathème biblique, pèse sur les enfants des enfants de tous les contaminés.

M. Violi (Constantinople) : Toutes les maisons publiques à Péra et à Galata sont soumises à des visites hebdomadaires pour lesquelles on paye des taxes variables. Les filles reconnues malades à la visite, sont obligées de se faire soigner, soit dans la maison, soit dans un local *ad hoc.*

Les filles qui exercent la prostitution clandestine ne sont soumises à aucune visite médicale. C'est déjà beaucoup que la municipalité de Péra ait réussi à mettre en exécution ces mesures d'hygiène, alors qu'on ne voyait en elles qu'un caractère fiscal.

Malgré ces dispositions incomplètes, les empiriques et les pharmaciens, qui, plus que les médecins, sont appelés à soigner les maladies secrètes, trouvent que le nombre de maladies de cette sorte a diminué.

Si on pouvait soumettre à une sérieuse réglementation les prostituées publiques et privées, tant à Péra qu'à Stamboul, ce serait le seul moyen d'arriver à mettre obstacle à la propagation des maladies syphilitiques dans la capitale de l'empire ottoman.

M. Fournier : Les médecins sont tous d'accord sur le danger social qui résulte de la propagation de la syphilis; il n'en est malheureusement pas de même des sénateurs, des députés, qui sont chargés de faire les lois que nous réclamons : ces sénateurs et ces députés sont des gens du monde qui ne voient pas le danger et qui nous opposent une série d'arguments du genre de ceux que je vais vous rappeler.

Les uns disent à propos des gens qui contractent la syphilis que c'est « tant pis pour eux », mais à cela nous ne devons pas manquer de répondre ceci : il n'y a pas que les gens qui se livrent à la débauche qui aient la syphilis, il y a encore leurs femmes, à qui ils la donnent, il y a

encore leurs enfants à qui ils la transmettent, sans compter tous les ricochets que peut faire la syphilis ainsi importée dans une famille. Une autre objection qui nous est souvent opposée est tirée de la statistique; on nous dit : « Voyez les statistiques des pays dans lesquels la prostitution n'est pas surveillée, la syphilis n'y est pas plus fréquente que dans ceux où elle est réglementée, bien au contraire. » A cela, nous ne pouvons rien répondre, parce que ces statistiques n'existent pas ; je suis sûr que ces statistiques donneraient raison aux partisans de la réglementation, mais nous ne les possédons pas; dès lors, nous devons nous mettre à l'œuvre et, par un travail collectif, établir ces statistiques avec lesquelles nous pourrons nous présenter devant les pouvoirs publics et leur dire : « Voyez les résultats du laisser-aller, voyez d'autre part les résultats de la réglementation, il n'est pas besoin d'autre argument pour vous prouver la nécessité de votre intervention. » Aussi, je propose la formation d'un comité collectif chargé de procéder à une enquête sur ce point, de centraliser tous les documents et en particulier ceux que nous fourniront nos collègues d'Italie, si bien placés par les variations récentes de leur réglementation, pour juger lequel des deux systèmes doit être mis en vigueur.

M. Mansouroff : On peut nommer une Commission chargée de procéder à cette enquête, à raison d'un membre par nation.

M. Hardy : On pourrait décider la formation d'un Comité d'enquête composé de tous les membres qui voudront bien s'inscrire et recueillir les documents statistiques dont M. Fournier demande la réunion (1).

M. le Pileur (Paris) dépose le projet de vœu suivant :

« Le Congrès de dermatologie et de syphiligraphie,

« Considérant que la prostitution clandestine est le foyer le plus actif de la syphilis,

« Émet le vœu que l'Administration impose l'inscription et la visite obligatoires de toutes les femmes qui se livrent à la prostitution publique. »

(*Adopté à l'unanimité.*)

M. Diday (Lyon), dépose le projet de vœu suivant :

« Le Congrès de dermatologie et de syphiligraphie,

« Résolument partisan du système de la surveillance obligatoire,

(1) Se font inscrire immédiatement : MM. Le Pileur, Commenge, de Amicis, Bertarelli, E. Castelo, F. Castelo, Stephanesco, Kalindero, Petrini, Barthélemy, Peroni, Valdès-Morel, Diday, Mansouroff, Pospelow, Rollet, de Watraszewski, Butte, Swykowski, Feulard.

« Invite l'administration à étudier et à appliquer une mesure qui consacre la responsabilité effective du propriétaire de tout établissement où s'exerce la prostitntion. »

(*Adopté à l'unanimité*).

— *La discussion est close.*

II. — Présentation de moulages en cire, de dessins et de pièces histologiques.

M. le professeur Olavide, de Madrid, présente de nombreux moulages en cire, des dessins et des préparations histologiques provenant du laboratoire de l'hôpital San-Juan-de-Dios, de Madrid.

Il fait don au musée de l'hôpital Saint-Louis de son grand ouvrage sur les maladies de la peau.

Il prend ensuite la parole et fait la communication snivante :

Sur la convenance de la publication d'un Atlas international et encore mieux d'un Musée international des dermatoses rares, composé de chromos, photographies, phototypies et sculptures en cire, etc., représentant les cas les plus remarquables observés dans tous les pays.

L'idée de la publication d'un Atlas international de dermatologie est véritablement importante et féconde en résultats; ce serait le meilleur moyen de simplifier la nomenclature de cette spécialité et le plus utile pour l'enseignement mutuel des professeurs déjà instruits dans la science. Mais il serait nécessaire d'agrandir plus encore les horizons de cette idée; il serait nécessaire de changer l'Atlas en Musée, non seulement iconographique, mais encore histologique, microbiologique et sculptural. Il y a des dermatoses que les photographies, les phototypies et les chromos peuvent bien faire connaître, mais on ne peut pas nier qu'il y en a d'autres qui exigent le modelage en cire ou dans d'autres substances.

Les préparations histologiques ou microbiologiques sont aujourd'hui la base fondamentale des progrès de la science médicale, et un échange international de ces objets, et *un endroit final* où les déposer, ainsi que les figures et les sculptures, serait le progrès le plus enviable pour l'avenir de la dermatologie.

La *Diputacion provincial de Madrid*, me confiant il y a six ans la fondation d'un institut de ce genre dans l'hôpital de San-Juan-de-Dios, fit

faire un si grand pas dans le chemin du progrès, qu'aujourd'hui je vous demande de sanctionner la nécessité de son existence en le rendant international.

Dans ledit hôpital, et pendant ces six années, ont été faites plus de deux cents sculptures en cire qui représentent des malades des cliniques; et collées au revers du cadre ou imprimées dans un livre à part, sont les histoires brèves, mais précises, des observations cliniques.

Avant, on avait fait des figures à l'aquarelle et j'avais publié un ouvrage iconographique chromolithographié dont les figures forment aussi une part du Musée de San-Juan-de-Dios.

Il fut créé un laboratoire annexe au Musée pour lui donner tout ce qui concerne l'histologie et la microbiologie. On a fourni ledit laboratoire du personnel et du matériel appropriés, et aujourd'hui j'ai l'honneur de vous présenter des preuves des travaux qui se font dans cet institut pour voir si je puis vous aider dans la féconde idée du Musée universel ou atlas international de dermatologie et de syphiligraphie.

Les pièces en cire sont faites par le notable sculpteur, M. Henri Zofio; les aquarelles de mon œuvre furent faites par l'habile peintre, M. Joseph Chevedo; les chromos par des différents auteurs, et spécialement par M. Mateu; les photographies et les phototypies, ainsi que les préparations microscopiques, par l'éminent microbiologiste, M. Mendoza, que j'ai eu l'honneur d'avoir comme chef du laboratoire, aidé de mon fils, le docteur Olavide y Malo et d'autres personnes qui ont été changées dans le cours de ces six années.

La formation d'un Musée international d'iconographie, de sculpture et d'histologie ou de microbiologie *qui reproduirait* les figures ou les pièces remarquables qui *seraient envoyées* dans tous les pays, comme aussi les photographies ainsi que les phototypies de toutes les préparations micrographiques qui lui arriveraient de toutes les parties du monde, serait facile, si l'idée émise partait d'ici, et si les rivalités nationales ne lui enlèvent pas son prestige ou ne l'annulent pas en la faisant tomber dans l'abîme de l'oubli.

Je commence par vous offrir ces pièces qui sont ma propriété particulière, pareilles à d'autres qui existent dans le musée de l'hôpital de San-Juan-de-Dios, de Madrid, de même que les figures de mon œuvre et les photographies, phototypies et préparations du docteur Mendoza et mon fils; mais en plus, je vous offre de défendre l'idée dans mon pays, en stimulant l'initiative particulière, vous aidant enfin avec toutes mes forces, déjà épuisées par les fatigues et les années, encore qu'elles soient soutenues par l'enthousiasme.

M. Feulard : Je remercie M. le Dr Olavide du don qu'il vient de faire à la Bibliothèque-Musée de l'hôpital Saint-Louis. L'idée qu'il émet a déjà préoccupé plusieurs de nos collègues, et vous en avez la preuve dans la publication nouvelle de l'*Atlas international des maladies rares de la peau* dont le premier fascicule est exposé en ce moment dans la bibliothèque. L'échange de moulages me paraît plus difficile à réaliser.

Il y a là cependant une proposition fort intéressante à étudier, et que, pour notre part, le Musée de l'hôpital Saint-Louis, prototype admirable des musées de ce genre, nous facilitera peut-être à mettre en œuvre.

M. le Professeur de Amicis : Avant de nous séparer, je crois être l'interprète des sentiments de tous mes confrères, et, en particulier, de mes collègues étrangers, en proposant un vœu de remerciement à notre très cher et savant Président, M. le Professeur Hardy, et à tout le Comité d'organisation ; mais je crois que nous devons exprimer un vœu spécial de remerciement à notre Secrétaire sans pareil, au sympathique confrère M. le Dr Feulard, pour les innombrables soins qu'il a dû prendre pour le succès complet de ce Congrès, et pour l'amical empressement avec lequel il a toujours gracieusement accueilli les Membres étrangers du Congrès de dermatologie et syphiligraphie. (*Applaudissements*).

M. le Président : A mon tour, je remercie M. le professeur de Amicis des sentiments qu'il a exprimés au nom des membres étrangers du Congrès et je déclare clos le premier Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie.

BANQUET DE CLOTURE

SAMEDI 10 AOUT 1889.

Le soir, un banquet d'adieu réunissait les membres du Congrès; le comité d'organisation et les membres français du Congrès recevaient à dîner les membres étrangers. Il avait été décidé que cette réception, pour avoir un caractère plus original et plus intime, aurait lieu à l'hôpital Saint-Louis même. On avait choisi les salles d'attente du service de la consultation externe situées au rez-de-chaussée du pavillon du Musée. Les membres du Congrès étaient d'abord reçus dans une salle donnant sur les jardins de l'hôpital et transformée en jardin au moyen de magnifiques plantes et arbustes provenant des serres de la ville de Paris ; des draperies aux couleurs nationales complétaient la décoration de cette première salle éclairée à la lumière électrique.

Dans la grande salle d'attente de la consultation avait été disposée une vaste tente, décorée de feuillages et de drapeaux aux couleurs françaises et étrangères, et éclairée à la lumière électrique. C'est là qu'avait été dressée la table du banquet comprenant cent quatorze couverts : auprès de chaque convive, le menu du dîner, illustré d'une reproduction de la fameuse vue de l'hôpital Saint-Louis, en 1608, par Châtillon.

A huit heures précises, M. Ricord prend place dans la salle du banquet, suivi de tous les convives.

Au dessert, les toasts suivants ont été portés.

M. Ricord, *président d'honneur du Congrès :*

Lundi dernier, en ouvrant les séances de ce Congrès, j'étais heureux de vous adresser mon compliment de bienvenue, et voilà qu'après cette semaine si vite écoulée et si bien employée il faut déjà nous séparer. C'est encore à moi, par droit hélas d'ancienneté, que revient l'honneur

de vous porter dans ce banquet joyeux et amical le premier toast. Je suis ici le plus ancien élève de cet hôpital Saint-Louis où nous avons été si fiers de vous recevoir ; c'est en 1820 que j'y ai suivi les leçons d'Alibert ; j'y ai vu planter, fleurir, et fructifier le fameux *arbre des dermatoses*. Combien de rejetons il a fournis, je le vois en contemplant les éminents confrères, médecins de cet hôpital, qui m'entourent et qui sont vos hôtes dans cette salle si curieusement transformée et si brillamment décorée.

Au nom de l'hôpital Saint-Louis, je demande à joindre celui d'un autre hôpital, qui m'est particulièrement cher, l'hôpital du Midi, car mes efforts et ceux de mes élèves se sont associés aux *croisades* scientifiques *de Saint-Louis*.

A l'hôpital du Midi, tous mes malades étaient mes enfants, c'étaient même mes enfants *gâtés;* mes élèves étaient aussi mes enfants. De ceux-ci j'en vois ce soir plusieurs autour de moi : j'ai tout près de moi mon premier-né, Diday ; à côté de lui, j'en vois un autre, c'est Fournier; celui-là a été le trait-d'union entre le Midi et Saint-Louis ; j'en aperçois encore un troisième du côté de l'Orient, c'est Zambaco.

Au Midi, j'ai eu des successeurs ; ils sont aussi présents ce soir, et à leur tête je vois mon ami Mauriac.

Et maintenant, chers collègues, voilà que le moment de la séparation est arrivé ; à ceux qui vont nous quitter pour retourner dans leur patrie je souhaite un bon retour.

Gardez, chers et très aimés confrères, un bon souvenir de nous, un bon souvenir de Paris et de la France, où vous serez toujours les bienvenus. Je n'ai pas le courage de vous dire adieu ; je préfère vous dire au revoir et s'il est possible à bientôt.

M. PEYRON, *directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique :*

Messieurs,

Si les murs, comme l'on dit, ont des oreilles, les murs de l'hôpital Saint-Louis ont entendu pendant toute cette semaine vos savantes discussions.

Je dis qu'ils les ont entendues, mais ils ne s'en sont certes pas étonnés : les jeudis de l'hôpital Saint-Louis ont habitué ces murs aux doctes entretiens, je suis sûr qu'ils ont reconnu les voix familières et qu'ils ont tressailli aux applaudissements dont vous les avez saluées.

Mais si ces murs avaient des yeux comme ils ont des oreilles, ils se-

raient étonnés des allures de fête que présente cette salle. On n'y voit pas, aux jours où elle reçoit les malades du dehors, ces fleurs et ces bannières associées pacifiquement, dont les couleurs rappellent à chacun de nous le doux souvenir de sa patrie et dont la diversité rappelle que vous représentez ici tant de nations différentes. Ceux qui ont organisé ce banquet ont bien fait, messsieurs, de donner un air de fête à cette salle consacrée à nos malades. Vos discussions ne sont pas de simples joutes oratoires et n'ont pas seulement un intérêt spéculatif; tant de savants venus de tous les points du globe ne se sont pas réunis pendant une semaine entière sans que de leurs travaux communs il ne soit résulté des résultats utiles pour le soulagement de nos malades : à côté des progrès de la science, il y a toujours des progrès dans l'art de calmer la souffrance. Nos malades de l'hôpital Saint-Louis seront les premiers à en profiter. Aussi, comme directeur de l'Administration de l'Assistance publique de Paris, j'ai tenu, en vous autorisant à tenir dans notre établissement cette joyeuse réunion, à vous prouver combien je vous étais reconnaissant des efforts communs que vous avez faits pour l'amélioration du sort de nos malades et je tiens à honneur de vous en exprimer une fois de plus ma profonde gratitude.

M. Hardy, *président du Congrès :*

Messieurs,

Je saisis avec empressement l'occasion que me fournit ce banquet pour vous remercier encore une fois du grand honneur que vous m'avez fait en me nommant président du Congrès de dermatologie et de syphiligraphie. Quand je vois autour de moi tant de savants distingués, qui seraient dignes, à bon droit, d'occuper la première place, je sens bien vivement le prix de cette distinction et je la regarde comme un beau couronnement de ma carrière médicale.

Notre congrès est terminé.

Le but scientifique de notre réunion a été rempli, et, je puis le dire, rempli avec un succès qui a dépassé notre attente ; nos séances ont été des plus intéressantes, et leur compte rendu formera un recueil de documents précieux pour la partie de la science médicale que nous cultivons particulièrement. De plus, messieurs, par notre contact journalier, nous avons appris à nous connaître, et nous avons commencé des relations qui se continueront. Ce banquet est le symbole de l'union qui doit exister entre nous et qui s'établira certainement d'une manière définitive.

On représente souvent à l'étranger les Français comme des gens frivoles, incapables de travaux sérieux et demandant des efforts persévérants ; on répète partout que Paris est une ville de plaisirs et de perdition. J'espère que nos convives étrangers n'emporteront pas de nous cette fâcheuse impression. S'il y a chez nous des gens qui s'amusent ou qui amusent les autres, il y a aussi en France, et particulièrement à Paris, un grand nombre de personnes qui travaillent sérieusement, et parmi ces travailleurs intellectuels, figurent dans un beau rang les médecins, qui occupent aujourd'hui une place importante dans la société. Par suite de circonstances malheureuses, si la France a perdu de son influence politique sur les autres nations, elle a conservé encore toute sa valeur intellectuelle. Si la ville de Paris offre de nombreuses distractions (dont, je pense, vous avez pris votre part), elle possède aussi de nombreux foyers d'instruction dont profitent nos étudiants nationaux et un grand nombre d'étrangers. Vous nous avez vus, vous nous avez entendus, et j'aime à croire que vous serez nos avocats et nos défenseurs auprès de vos compatriotes.

Nous autres Français, Messieurs, nous conserverons avec bonheur le souvenir de ce premier Congrès de dermatologie et de syphiligraphie, dont le succès est notre œuvre commune, et pour votre part, j'espère que vous ne regretterez pas votre voyage à Paris et que vous n'oublierez pas l'hôpital Saint-Louis, ce temple de la dermatologie, dans lequel ont été tenues nos séances, et dans lequel nous avons eu le plaisir de vous recevoir aujourd'hui.

Je porte mon toast de circonstance : à nos hôtes, aux médecins étrangers, qui ont bien voulu répondre à notre appel et qui ont collaboré avec nous aux progrès de la dermatologie et de la syphiligraphie.

M. le professeur Kaposi (de Vienne) :

Messieurs,

Je ne saurais pas mieux inaugurer mes fonctions de président du comité d'organisation du prochain Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie, qu'en venant féliciter nos confrères français de l'idée du Congrès qui vient de finir et de sa complète réussite et en les remerciant de tout notre cœur du bon accueil qu'ils ont bien voulu nous faire.

Le résultat de ce premier Congrès est incontestable. Le nombre des médecins qui y ont pris part, le caractère international de ses mem-

bres, le nombre et l'importance des questions qui y ont été traitées, le grand profit que nous avons tiré, pour nos idées et pour notre savoir, du grand trésor d'enseignement qui se trouve dans ce musée, et du contact personnel qui a eu lieu entre les membres du Congrès — tout cela prouve que ce premier Congrès a parfaitement réussi.

Il a merveilleusement réussi : mais ce résultat ne doit pas nous surprendre. La nature humaine se plaît à revenir vers son origine, aussi bien dans le physique que dans le moral.

Notre origine, à nous autres dermatologistes, c'est en France, c'est à Paris qu'il faut la chercher. Si le nom n'en fut pas prononcé là pour la première fois, ce fut là du moins, qu'en fait, la dermatologie a pris naissance. Ce n'est pas le livre qui s'est intitulé le premier *Traité des maladies de peau*, celui de Mercuriali, qui fût le point de départ d'une nouvelle science ; c'est l'ouvrage de Sauvages, qui le premier est basé sur une méthode exacte de description, sur la base anatomique.

Plus tard, dans notre siècle, Rokitansky et Skoda, à Vienne, ont développé cette méthode à tel point, qu'il en résulta l'abolition de l'ancienne école humorale de Galien et celle de l'école naturo-philosophique, et qu'il en sortit la nouvelle école de médecine de Vienne — et rendons grâce au sort que la branche de la médecine que nous cultivons ait trouvé en même temps son génie dans la personne de Ferdinand Hebra.

Mais en attendant que les méthodes basées sur l'anatomie, puis, bientôt sur l'anatomie pathologique et la physiologie, aient pris un plus grand développement, il s'était établi dans l'endroit même où nous nous trouvons réunis ce soir dans ce banquet de fête un institut unique dans sa grandeur et dans son idée, un trésor inappréciable d'expérience clinique et de moyens d'enseignement, un institut, dont on ne trouvera nul part son pareil.

Dégagé peu à peu des obscurités et du chaos qui régnaient jusque-là dans la science, ce trésor a été augmenté et amplifié, non pas seulement par le mérite et la gloire de quelques-uns, mais par le travail en commun et la collaboration de tous les médecins qui se sont succédé dans cette maison.

Ces sentiments d'union qui règnent entre les médecins de cet hôpital se continuent alors même qu'ils en sont sortis ; leur place y est toujours marquée et ils ne cessent pas de faire partie de cette famille scientifique.

C'est grâce à cette idée que nous avons le bonheur de voir M. Ricord à la tête de cette assemblée comme président d'honneur, et M. Hardy, comme président. C'est cette même collégialité, qui a fait réussir ce

premier Congrès international et qui doit nous servir à tous d'exemple digne d'être suivi.

Voilà pourquoi je suis sûr de votre assentiment quand je souhaite ardemment que l'école de l'hôpital Saint-Louis vive, prospère, croisse, que tous ses médecins vivent heureux; ses généraux, et leurs aides de camp. — *Vivant!*

M. le Dr Malcolm-Morris (de Londres) :

M. Malcolm-Morris s'exprime en anglais. Ne pouvant, à notre grand regret, donner en entier son improvisation pleine d'humour, nous devons nous contenter d'en présenter, à titre de souvenir, un court résumé en français :

Messieurs,

J'ai eu la nuit dernière un rêve que je voudrais vous raconter.

J'ai vu une assemblée analogue à celle qui nous réunit, mais dont les membres avaient un aspect singulier : le siège de la présidence était occupé par le bacille de la syphilis ; à côté de lui siégeaient comme assesseurs le bacille de la lèpre et maints autres bacilles qui m'étaient inconnus. Ces microbes parlaient d'une autre réunion qui se tenait à côté et où l'on discutait sans pouvoir s'entendre sur le lichen ruber ou planus, sur la dermatite herpétiforme ou le pemphigus; le bacille de la syphilis prétendait qu'on ne savait pas s'il fallait lui donner du mercure tout d'abord ou seulement plus tard; bref, ils se riaient de nous.

Puis, je vis une autre séance. Les figures avaient changé, l'inquiétude avait succédé à la sécurité, car ils avaient remarqué que ce Congrès international, au lieu de se perdre en vaines querelles, avait fait un travail sérieux, que la concorde de ce côté les menaçait sérieusement et qu'il suffisait de quelques Congrès analogues pour menacer étrangement l'existence de quelques-uns d'entre eux.

Je suis heureux de l'union fraternelle qui unit ici les médecins de tous les pays, sous la présidence d'un maître que nous vénérons tous, le Dr Ricord, auquel je souhaite de longues années de vie.

M. le Professeur Mansouroff (de Moscou) :

Messieurs,

Si je me permets de prendre la parole devant vous, ce n'est pas pour rappeler l'importance qu'a eue notre Congrès international, ni pour rappeler l'influence qu'il aura sur la science dermato-syphiligraphique.

Je demande seulement à vous exprimer les sentiments qu'a éprouvés et qu'éprouve en ce moment un étranger, et particulièrement un Russe venu d'un pays éloigné pour assister à ce Congrès.

C'est d'abord un sentiment de plaisir, parce qu'il retrouve MM. Ricord et Hardy, dont il a eu l'honneur de suivre autrefois les cours, et parce qu'il rencontre les successeurs de ces illustres maîtres, dont il connaît et admire les travaux.

C'est un sentiment d'admiration pour le musée Baretta, qui n'a pas son pareil; pour cet hôpital Saint-Louis, unique en Europe, qui est l'arène la plus ancienne de la science dermatologique et syphiligraphique.

C'est encore un sentiment de plaisir de retrouver à Paris des amis dont il n'a pas perdu le souvenir.

Cet étranger s'aperçoit de l'importance des questions scientifiques traitées, mais il s'aperçoit surtout qu'il est reçu par tous comme un membre de la famille.

Aussi le sentiment le plus profond qu'il éprouve est-il un sentiment de cordialité et le désir de recevoir toujours, lorsqu'il reviendra à Paris, un accueil aussi amical.

Messieurs, je porte un toast aux progrès de la science dermatologique et syphiligraphique; je porte un toast de sympathie et de reconnaissance à nos collègues français en dermato-syphiligraphie.

M. le professeur de Amicis (de Naples) :

Messieurs et honorables confrères,

Je suis heureux de nous voir tous ici réunis dans ce banquet amical j'y vois la preuve que, dans le beau domaine de la république de la science, tous les hommes, sans distinction de nationalité, peuvent unir leurs efforts dans le seul but du progrès et de l'avancement de cette science même.

En mon nom et au nom de mes confrères italiens, je bois à cette union fraternelle des travailleurs scientifiques; et en remerciant nos confrères français de la réception aimable qu'ils nous ont faite, je bois à l'amitié perpétuelle des médecins français et italiens.

M. le Dr Unna (de Hambourg) :

Messieurs,

Ce Congrès qui vient de se terminer a eu un très grand succès. J'ai voulu savoir les causes de ce succès; j'ai cherché pourquoi tant de mé-

decins de nationalités différentes s'y trouvaient réunis. Il y en a bien quelques-uns qui sont venus à Paris attirés par l'Exposition universelle, et qui ont profité de leur voyage pour assister au Congrès; mais beaucoup d'entre eux, le plus grand nombre, sont venus surtout pour le Congrès.

Ils y sont venus, attirés par leur amitié, leur estime, leur admiration pour les savants médecins de l'hôpital Saint-Louis, pour tous ceux qui représentent la dermatologie et la syphiligraphie parisiennes. Ils y sont venus encore, attirés par la renommée de cet hôpital Saint-Louis si riche par l'énorme matériel scientifique qui y est rassemblé et par la rareté des cas que l'on y rencontre. Mais ce ne sont pas là les seules raisons qui ont réuni tant de médecins, ce ne sont pas elles qni forment le véritable « nucléus » de notre Congrès.

Il y a, Messieurs, quelque chose de spécial dans ce que nous trouvons dans cet hôpital et qui en fait la grande attraction; ce quelque chose, c'est le *musée Baretta*. Vous autres Français, vous avez des hommes uniques, comme Pasteur, vous avez des choses uniques, comme la tour Eiffel; ces hommes et ces choses vous les connaissez, mais il y a chez vous des hommes uniques et des choses uniques que vous ne connaissez pas et que les étrangers doivent vous apprendre. Eh bien! au nom des étrangers, je vous dis : vous avez le musée Baretta, vous avez M. Baretta, un homme dont toute la France et non pas seulement Paris doivent être fiers, parce qu'il n'y a pas dans le monde entier un homme capable de faire ce qu'il a fait.

Messieurs, buvons à la longévité de cet homme si précieux, buvons à la santé de M. Baretta!

M. le Dr de Watraszewski (de Varsovie) :

Messieurs,

Au nom des médecins qui représentent ici une nation liée à la nation française par des faits historiques et des sympathies, je salue le noble pays français. En toutes circonstances, nous avons toujours senti l'action bienfaisante des rayons de chaleur et de lumière lorsque nous nous sommes tournés de son côté. Permettez que je dise aujourd'hui :

Vive la France!

Vive la corporation des médecins français !

M. le Dr Olavide (de Madrid) :

Messieurs,

Je saurais mal m'exprimer en français. Vous avez entendu dans vos séances l'allemand et l'anglais ; permettez-moi donc d'user en ce moment de ma langue maternelle et de vous parler dans l'idiome de Cervantes, de Calderon et de Castelar.

Brindo por Francía que mediata ó ímmediatamente hasído mi primer maestro en dermatologia : por la memoria de Alibert, de Bazin, de Cazenave, de Devergie, grandes maestros de la ciencia. Brindo por la de Hebra, pontifice en Austria, por la de Wilson pontifice en Inglatera y enfin por todos los no menos grandes maestros supervivientes aquí congregados y por el gran Ricord y Hardy.

España por mi conducto se felicita de haber asistido á este congreso y saluda á la Francia cientifica con el mayor entusiasmo. Yó la felicito ademas por el éxito de su grande y magnifica Exposicion que es y debe ser y significar el imperio de la paz; es decir, el imperio de la ciencia, del arte, de la industria, y del comercio : que son la vida de la humanidad, mientras que la guerra es la muerte.

Brindo por el engrandecimiento cientifico de la Francia y de España, mi pais, y porque para el Congreso próximo de Viena no se haya turbado la concordia de las ñaciones y podamos todos tranquilamente dedicarnos á procurar el mayor progreso de la ciencia y especialmente de la dermato-sifiligráfia.

M. le Dr Zambaco-Pacha :

Messieurs et chers collègues,

Devant cette réunion de l'élite des savants confrères du monde entier, à quel titre ai-je donc pris la parole, après les discours éloquents qui m'imposaient silence? A titre de trait d'union, Messieurs, entre les étrangers parmi lesquels le hasard m'a jeté, de par ma naissance, et les Français, parmi lesquels j'ai voulu absolument me placer, par mon option, contre les décrets de la nature ; et cela en connaissance de cause, après avoir vu de près, étudié et admiré les qualités de cœur et l'élévation d'esprit de cette noble nation dont je suis fier d'avoir fait la mienne.

J'ai connu, Messieurs, un père de famille, homme sensé, instruit, indépendant, qui n'a point voulu imposer à son fils la religion de ses ancêtres. Il lui a enseigné, jusqu'à l'âge de sa majorité, toutes les reli-

gions reconnues ou non par l'État, sans l'influencer, le laissant libre de choisir : quelle est la religion que ce jeune homme a choisi, ce n'est point ici le lieu de le dire. Mais ce que je crois pouvoir affirmer, c'est que si les pères imitaient cet exemple pour la nationalité de leur fils, sans leur inculquer dès leur enfance leurs propres sentiments, leur choix ne serait pas discutable.

La France, Messieurs, est le pays classique de la liberté et de l'égalité des hommes, depuis cette date mémorable que l'Exposition et nos Congrès viennent consacrer d'une manière si brillante en face du monde entier.

Mais je ne veux point parler politique, je me borne à parler science. Or, cette grande et belle France, si patriote quand il le faut, est si libérale, si supérieure, lorsqu'il s'agit de science et de talent, à toutes les idées étroites de limites et de frontière qu'il y a eu un moment, messieurs, où les trois doyens de nos Facultés étaient des étrangers nés hors la France :

M. Orfila, espagnol, était le doyen de la Faculté de médecine; M. Rossi, italien, était le doyen de la Faculté de droit; et M. Milne Edwards, doyen de la Faculté des sciences. Je ne sache pas qu'il y ait des exemples pareils dans un autre pays. Et nos éminents confrères étrangers qui ont bien voulu honorer ce Congrès par leur présence n'ont-ils pas constaté la cordialité avec laquelle ils furent reçus partout, quelle que fût leur nationalité ?

Si je n'abuse pas de votre patience, Messieurs, je dirai deux mots encore sur ce Congrès mémorable qui a prouvé les progrès gigantesques accomplis dans ces derniers temps en dermatologie et en syphiligraphie, progrès auxquels les savants français ont pris une si large part.

Messieurs, il y a un quart de siècle que la dermatologie et la syphiligraphie parisiennes étaient placées chacune sous un drapeau différent; et, dois-je le dire ? ces deux drapeaux étaient souvent en hostilité ouverte. Il y avait l'École de Saint-Louis et l'École du Midi. Les dissensions existaient, alors aussi bien entre les maîtres que parmi leurs adeptes.

Aujourd'hui, Messieurs, nous avons le bonheur d'assister à la fusion de ces deux Écoles également célèbres qui ont honoré, autant l'une que l'autre, la médecine française.

Notre maître, M. Hardy, dont les travaux sont des monuments impérissables, seul représentant, hélas, de ses anciens collègues, et en qui je salue avec respect et reconnaissance l'ancienne École de Saint-Louis, et notre vénéré maître, M. Ricord, le professeur éloquent dont les leçons si instructives, et en même temps si charmantes sous ces tilleuls

d'affectueux souvenirs, qui ont instruit et séduit tant de générations médicales françaises et étrangères, ces deux chefs, l'un de Saint-Louis et l'autre du Midi, sont assis côte à côte, la main dans la main.

Cette fusion des deux Écoles est donc aujourd'hui un fait accompli et c'est à M. Fournier, ancien élève de l'École du Midi, passé maître depuis des années, et quel maître, vous le savez, qu'a échu l'honneur de couronner cette fusion, en devenant professeur officiel dans cet hôpital.

Mais, Messieurs, à côté de cet enseignement officiel, brillant, ce serait injustice et ingratitude que de ne pas placer l'enseignement libre, aussi remarquable et marchant côte à côte avec le premier, sans froissement, sans jalousie.

Nous autres, Messieurs, qui avons appartenu aux générations passées, nous devons toute notre reconnaissance à l'enseignement libre qui nous a appris la médecine. Il faut bien l'avouer, l'enseignement officiel était bien incomplet, bien boiteux de notre temps, et quiconque ne récoltait que de lui, restait positivement ignorant, principalement en syphiligraphie et en dermatologie, sciences qui n'avaient point leur représentant à l'École. Le chef célèbre de l'hôpital du Midi nous apprenait la syphiligraphie, et les professeurs également libres de Saint-Louis, les Devergie, les Cazenave, les Gibert, les Hardy, nous enseignaient les maladies cutanées.

Aujourd'hui, Messieurs, l'enseignement officiel, si brillamment dispensé par M. Fournier, n'empêche pas non plus les Vidal, les Besnier, les Hallopeau, les Quinquaud et leurs élèves, passés déjà maîtres, de prendre une large et très fructueuse part à l'enseignement des élèves, Vous connaissez tous, Messieurs, leur zèle infatigable et leurs travaux si remarquables, inutile d'y insister; vous venez de les applaudir avec frénésie.

Au Midi et à Lourcine, de même, les Mauriac, les Du Castel, les Balzer, les de Beurmann et leurs collègues continuent les anciennes traditions, non avec moins de succès et parallèlement à l'hôpital Saint-Louis. Les futurs confrères n'ont qu'à les suivre pour s'instruire. Je porte donc un toast à la gloire de la syphiligraphie française, représentée avant tout autre, par notre vénéré et célèbre maître, M. Ricord, et à la gloire de la dermatologie française, représentée par son doyen, M. Hardy, deux branches importantes de la science médicale, unies et fusionnées aujourd'hui.

Et maintenant, Messieurs, un mot de reconnaissance pour M. Lailler, un des fondateurs du musée de Saint-Louis, cette nouvelle source d'instruction qui fixe encore mieux, dans l'esprit, les paroles des maîtres. J'ai tant appris en le visitant, que voulant concourir à son

succès, dans la mesure de mes faibles moyens, je lui offre mes aquarelles sur la lèpre et mes reproductions en plâtre, avec promesse de les augmenter dans l'avenir, au fur et à mesure que l'occasion se présentera.

M. Peyron, Directeur de l'Administration de l'Assistance publique :

Messieurs,

L'Administration de l'Assistance publique est trop soucieuse des intérêts du musée de l'hôpital Saint-Louis pour ne pas être reconnaissante à tous ceux qui contribuent à son accroissement. Aussi, je reçois, en son nom, avec la plus grande gratitude, le don que lui fait si généreusement ce Français, deux fois Français, le Dr Zambaco-Pacha.

M. le Professeur Kalindero (de Bucharest) :

Messieurs,

C'est avec une émotion particulière que je prends la parole dans cette enceinte qui me rappelle mes souvenirs passés, mes émotions et mes espérances dans l'avenir : je suis, en effet, élève de l'hôpital Saint-Louis, où j'ai été interne dans le service de mon maître, M. le professeur Hardy.

Je porte ce toast, messieurs, à ma chère France, si généreuse pour la Roumanie. Je lui souhaite tous les bonheurs, et je désire qu'elle se rappelle que nous sommes ses pionniers dans l'extrême Occident.

Je porte ce toast à notre cher maître, le Dr Ricord, qui doit être bien heureux de se voir revivre et dans son élève Diday et dans le plus jeune et le plus alerte de tous, le professeur Fournier.

Je porte ce toast à notre Président, à mon cher maître le professeur Hardy, qui sait si bien conserver les traditions de la clinique française ; je lui souhaite de voir se prolonger longtemps cette jeunesse qui ne s'est pas démentie malgré l'âge.

Je porte ce toast au Comité d'organisation de notre Congrès, qui nous a permis de nous trouver tous réunis.

Je porte enfin ce toast aux cliniciens de l'hôpital Saint-Louis, auxquels je souhaite tout le courage nécessaire pour qu'ils continuent ce beau mouvement scientifique si profitable aux progrès de la dermatologie, et parmi eux je tiens à ranger encore et à saluer particulièrement l'homme savant et modeste par excellence qui a été le promoteur de cet incomparable musée de Saint-Louis, le clinicien qui voit ainsi se continuer son fructueux enseignement, notre vénéré maître M. Lailler.

M. le D[r] Lutz (de Saint-Paul, Brésil) :

Messieurs et chers confrères,

Je me suis réservé pour ce soir une petite communication qui n'aurait su trouver sa place dans les ordres du jour déjà surchargés des lichen plan et acuminé, pityriasis rubra, syphilis, lèpre et autres affections, toutes plus ou moins désagréables. Je crois avoir assisté dans ces derniers jours au développement d'une autre affection plus bénigne et plus agréable qui, quoiqu'on ne puisse la classifier de nouvelle, pourtant n'a pas encore été observée dans de si grandes dimensions. C'est avec plaisir que je l'ai vue prendre le caractère épidémique et j'ai même fait des vœux pour qu'elle parvienne au degré d'une pandémie universelle. Je dois avouer qu'il ne s'agit pas d'une affection purement cutanée ou systématisée tégumentaire, pour parler avec M. Leloir; elle n'est ni externe ni superficielle, mais se localise surtout dans les centres nerveux. Pour la contracter, il faut une certaine disposition que je crois cependant très généralement répandue entre nous, et je pense qu'il n'y a que très peu de sujets absolument réfractaires. Notre affection peut débuter d'une manière aiguë par une éruption et une explosion subite; mais cependant je crois devoir la classer parmi les inflammations chroniques se rapprochant de la dermatite herpétiforme par ses poussées récidivantes.

Elle n'est point liée à l'abus de l'alcool ou des plaisirs de la table, mais ses manifestations sont favorisées par des libations d'un vin généreux et je dirai même par un menu choisi. Ce qu'il y a de curieux, c'est qu'elle est d'autant moins étudiée qu'elle nous est plus familière et qu'elle n'admet pas de différence, ni de nationalité, ni même d'âge, représentant le type pur d'une affection internationale. Vous avez déjà deviné qu'elle est de nature essentiellement psychique et, malgré sa contagiosité, n'a rien de commun ni avec la petite, ni avec la grande vérole. On n'y trouve point de microbes, pas même des psorospermies, comme dans la maladie de Paget. On ne peut l'inoculer, parce que quiconque en a la disposition, la contracte spontanément, et il faut se garder de vouloir l'atténuer, parce qu'un degré intense est de beaucoup préférable à une forme légère et superficielle. Ainsi que je n'ai jamais redouté de guérir trop vite les eczémas des enfants, craignant, hélas! plutôt de les guérir trop lentement, cependant je ne voudrais pour rien au monde combattre cette affection, craignant par sa suppression d'amener les conséquences les plus fâcheuses pour notre organisation.

Je ne vous parlerai pas de l'examen microscopique parce que, à un banquet comme le nôtre, on évite avec raison l'usage des coupes microscopiques, et du reste cette affection doit toujours être appréciable à l'œil nu. Je regrette de ne pas posséder des moulages Baretta de tous les confrères présents qui ont contracté cette affection pour en orner le musée de l'hôpital, mais pour le moins nous avons eu soin d'en faire une photographie.

Messieurs et chers confrères, je crois devoir finir ici ma description fragmentaire de cette affection, parce que je crois que tous vous devez déjà en éprouver les symptômes. En effet, l'affection dont je vous parlais est cette affection, cette sympathie, cette amitié qui naît de la collégialité, de la communauté, non seulement de l'instruction, mais aussi des tendances et des sentiments de nous tous qui avons étudié la médecine en général et la dermatologie en particulier.

Et comme les différents membres d'une famille éparpillée sur la surface du globe cherchent à se réunir pour mieux se connaître, ainsi nous tous, membres de la grande famille médicale en général, dermatologiste en particulier, nous nous sommes réunis ici et nous nous retrouverons de trois en trois ans pour jouir de cette intimité familière. Je me permets d'exprimer mes vœux que cette sympathie, cette amitié, cette affection mutuelle, collégiale en fait, aille toujours en croissant et que notre science donne l'exemple de cette fraternisation internationale dont la généralisation est réservée à des siècles plus éclairés et plus heureux que le nôtre. L'affection mutuelle internationale des dermatologistes, quel rêve !

M. Henri Feulard, Secrétaire général du Congrès :

Messieurs,

Mes premières paroles seront des paroles de remerciements. J'ai été touché profondément par les marques de bienveillante sympathie et d'estime que vous m'avez témoignées, et si, trop ému pour répondre de suite aux applaudissements dont vous m'avez comblé à notre dernière séance, je le fais seulement, à présent, c'est le cœur plein d'une douce émotion et d'une immense gratitude que je vous prie d'accepter, tous ici présents, l'expression de mon éternelle reconnaissance.

Si j'ai eu quelque part dans l'idée première de ce Congrès, s'il est vrai que j'ai consacré, sans compter, mon temps et ma peine à sa préparation, j'en suis bien largement récompensé maintenant, par le succès, le

très grand succès, pouvons-nous dire, qu'il a obtenu et par la certitude que cette œuvre internationale se perpétuera grâce à votre vote d'aujourd'hui.

Ma dette personnelle acquittée, je dois adresser à tous les membres du Congrès les remerciements du Comité d'organisation pour leur empressement à suivre les travaux du Congrès et le zèle qu'ils ont mis à faciliter la tâche des secrétaires.

Plusieurs d'entre vous ont été délégués officiellement au Congrès par leurs gouvernements respectifs ou leurs cités.

La Belgique a délégué M. Dubois-Havenith ; le Brésil, M. Oscar de Bulhoes ; le Chili, M. Valdès-Morel ; l'Espagne, M. Castelo ; la Norvège, M. Harold-Roscher ; le Portugal, M. Zeferino Falcao ; la République Argentine, M. Baldomero Sommer ; la Roumanie, MM. Kalindero, Petrini et Stephanesco.

Nous les prions de recevoir nos remerciements et de les transmettre à ceux qui les ont envoyés vers nous.

Vous avez loué l'aménagement et la décoration de notre salle de banquet qui, tous les jours et ce matin encore, servait au service hospitalier. Une transformation si rapide, et que vous avez bien voulu juger très réussie, n'aurait pu s'opérer si nous n'avions rencontré auprès de l'Administration un empressement auquel je suis heureux de rendre hommage.

Je remercie M. Peyron, directeur de l'Administration de l'Assistance publique, d'avoir bien voulu permettre que ce banquet qui termine si joyeusement notre Congrès ait lieu, lui aussi, à l'hôpital Saint-Louis. J'ai trouvé dans M. Grandry, directeur de cet hôpital, un collaborateur aussi dévoué qu'infatigable, et je vous prie de vous joindre à moi pour lui témoigner publiquement l'expression de notre reconnaissance.

Messieurs,

M. le Dr Baldomero Sommer, délégué de la République Argentine, nous a demandé, pour l'emporter dans son pays, la petite bannière de la République Argentine qui, de même que toutes les autres bannières des pays représentés au Congrès, ornait notre salle de travail et décore aussi ce soir notre salle de fête.

Nous avons trouvé l'idée charmante et nous avons pensé que d'autres encore, parmi vous, voudraient peut-être imiter cet exemple.

Sur ces rubans aux trois couleurs de la patrie française, j'ai fait inscrire le nom et la date de notre Congrès. Nous attacherons ces cocardes à chacune de ces bannières et nous serons heureux de remettre ces dra-

peaux ainsi décorés des couleurs françaises à ceux d'entre vous, délégués ou représentants autorisés des pays étrangers, qui nous feront l'honneur de nous les demander.

Confiés à ces mains amies, qu'ils s'en aillent de par le monde rappeler que la France fut, en cette année 1889, la grande hospitalière pour tous les peuples.

Ceux qui les emporteront conserveront ainsi un souvenir durable des jours heureux que nous venons de passer ensemble. Puissent-ils parfois, en les contemplant, retrouver les doux sentiments de l'heure présente ; puissent-ils sentir monter de leur cœur à leurs lèvres quelques paroles de gratitude pour ceux qui les ont accueillis, et souhaiter que pour la cause du progrès et de la civilisation, pour la gloire de l'humanité, vive et prospère à jamais la nation française !

Puis on passait au fumoir ; les délégués, avant de se séparer, recevaient en souvenir les bannières de leurs pays respectifs, ornées de cocardes françaises ; les mains se serraient une dernière fois, et l'on se donnait rendez-vous à Vienne, dans trois ans.

APPENDICE

Communications envoyées au Congrès et qui n'ont pu être lues en séance, les auteurs étant absents.

I. — On Some disregarded phenomena of lupus, par M. Balmanno Squire.

II. — Clinical study and analysis of 1,000 cases of psoriasis, par M. Duncan Bulkley.

III. — Notes de clinique thermale sur quelques cas de prurit, par M. Deligny (de Saint-Gervais, Haute-Savoie).

IV. — D'une nouvelle forme de kératose, « Angio-kératome », par M. Victor Mibelli (de Sienne).

V. — Pruritus hiemalis, par M. Moraga Porras.

VI. — Un cas de pemphigus diphthéritique, par M. Valassopoulo.

VII. — Le naphtol dans les maladies de la peau, par M. Vineta-Bellaserra.

VIII. — Action de l'acide picrique sur la peau, étudiée au point de vue médico-légal, par M. Vineta-Bellaserra.

IX. — Valeur diagnostique de la tolérance des iodures dans la syphilis, par M. J. William White.

X. — De l'influence de la lumière sur la peau, par M. J. Widmark.

APPENDICE

I. On Some disregarded phenomena of Lupus,

by Balmanno Squire, M. B., Lond.

Surgeon to the British Hospital for Diseases of the Skin.

I desire here to call attention,' to some points in the pathology of Lupus which are worthy of attention, but which so far as I know are not referred to in any of the numerous text books which have recently been published.

In using the word Lupus I mean the disease which is often designated under the title of Lupus *vulgaris;* I do not include the disease which of late years has been styled Lupus *erythematosus*, for that is for me a disease quite distinct name. I have proposed the name Vespertilio (*Vespertilio*, a bat) for the last form Lupus, and as I think ought to be called by quite a distinct named disease.

In this paper then, I am referring only to Lupus and not to Vespertilio.

I. One of the phenomena of Lupus which, so far as I know, has hitherto remained unnoticed is this; namely that in some cases the disease comports itself in a manner quite unlike its usual habit. Ordinarily the disease has certain regions of predilection. As a rule it attacks first the face, preferring a particular part of the face namely the lower half of the face, and exhibiting a decided proclivity for one particular spot namely the lower half of the nose. Now in some cases this preference is conspicuously lost; the disease exhibits apparently no predilection whatever for its accustomed haunts. It is present in many places, but in none of its usual situations; not anywhere on the face, not on the gums, or on any part of the buccal mucous membrane, not on the neck, or on the hands or feet, or the forearms or legs. But this aberration of position would not alone be sufficient to identify the phenomenon in question. Lupus is occasionally met with in unwonted situations without however exhibiting any further peculiarity. Thus I have seen it affecting one of the buttocks only, and although it was of many years duration and exten-

sively developed in that situation, it was nevertheless absent from every other part of the body.

Now in the condition I am referring to, there is a further peculiarity in addition to the misplacement of the disease namely, that each patch of lupus is placed side by side with another pathological condition. That condition is a pre-existent scar; not however a scar caused by previous lupus, but a scar resulting from other causes. I first saw such a phenomenon, many years ago, in the case of a child nine years of age in whom numerous scars were present at different parts of the body. A clear history of these scars could not be obtained either from the girl or from her parents, but they were probably the relics of scrofulous ulcers, they certainly were not the relics of previous lupus. Now, at the time the child came under my care, every one of these old scars had become affected with a small patch of Lupus at some part of the edge of each scar. These scars were situated at various parts of the trunk, the thighs and the upper arms. The patient had no trace of lupus in any of the usual situations of lupus. Since then I have seen several, but not many similar cases.

Now in these instances the impression produced on my mind, although I cannot prove its correctness, is that the individuals thus affected would have remained free from Lupus if they had not had scars. I believe that they had Lupus because of their scars. Here I may recall the fact that cancer will not uncommonly develop itself on the edge of an old scar. It is well known that scars are predisposing causes of cancer. But that scars are predisposing causes of *lupus* is a fact which I believe has remained hitherto unknown. If then, as I allege, scars of any kind, are in themselves a cause of lupus, some light is thereby thrown on the ordinary progress of the disease. The well-known obstinate tendency of lupus to recur on the edge of an old lupus-scar is thus in some measure accounted for.

But scars are not the only potent causers of Lupus. I say « potent » because, in cases of the kind I have referred to, scars are apparently capable of giving rise to the development of lupus in individuals who, otherwise, would never have been attacked by the disease. Such a presumption is justifiable by the circumstance that, in such cases as I am quoting, the disease had not developed itself in any other situations than on the edges of scars. It is not merely a question of lupus appearing in a situation which would have been exempt if an old scar had not been there. It is a question of individuals becoming attacked by lupus who would have remained altogether free from lupus if they had been exempt from old scars.

There is another potent cause of lupus. This cause is well exemplified in a case which came under my care, some years ago, at the British Hospital for Diseases of the Skin. The patient, a woman thirty years of age, was affected with necrosis of the cartilage of one of the floating ribs. This produced a sinus on one side of the loins. From this sinus a thin purulent discharge constantly trickled down the patient's side. The edges of the sinus became affected with lupus, and the disease spread, but not uniformly in all directions. It spread only downwards, being limited to that portion of the skin which was constantly moistened by the purulent discharge.

I am of course well aware that a similar phenomenon is often to be met with when, in the case of lupus invading the face of a scrofulous person, a

submaxillary gland undergoes chronic suppuration and, bursting gives rise to a sinus. In such cases the edge of the sinus generally becomes affected with lupus. It is the habit of most pathologists to ascribe such invasion of the edge of the sinus to the auto-inoculability of Lupus, and to assume that the lymphatic vessels have conveyed the disease from the skin of the face to the lympathic glands. Without disputing that assumption in the last named condition, I nevertheless claim that it cannot account for the *primary* development of lupus on the edge of a sinus, leading from a carious rib-cartilage. It seems clear therefore that the edge of a sinus, whether produced by a carious rib or a suppurating lymphatic gland, is itself a potent cause of lupus, quite independently of any auto-inoculation of lupus that may co-incidently be taking place. Now if an old ulcer, such as the mouth of a sinus, is capable of proving a starting point for lupus in an individual otherwise quite exempt from lupus, it would follow that the chronic ulcers, which are so often produced by lupus itself, must of themselves be most potent perpetuators of the disease.

I therefore submit that the two distinct kinds of fact that I have brought forward are, each of them of some scientific interest : namely as tending to elucidate, in some tangible degree, the marvellous chronicity of one of the most chronic of the diseases that we have to deal with.

II. Now let me pass to another of the hitherto unrecognized phenomena of Lupus. I refer to a very astonishing, but yet a very constant, phenomenon of lupus which however has nevertheless quite escaped, as I believe, the attention of dermatologists. It is well known that one of the favourite situations of lupus is the hand : that here lupus commits ravages which (considering its behaviour in other regions), are astonishing. Although lupus destroys completely the cartilaginous part of the nose, nevertheless the portion of the nose whose framework is constructed of *bone* always escapes destruction. So also comparatively *thick* although soft structures, such as, the lips, resist the ravages of lupus, even when attacked by it on both surfaces, at least in so far that they always escape absolute destruction. Now the fingers are comparatively thick. They are as thick at least as the lips. They are provided also with a strong bony framework. But yet the fingers when attacked by lupus are always completely destroyed by the disease. Tendons, bones, every structure of the finger vanishes completely. So that one may meet with hands which look as if all of the fingers and the thumb had been amputated at the heads of the metacarpal bones. This I say is a sufficiently astonishing phenomenon of Lupus, having in view its behaviour in other situations. Now here is the place for mentioning another phenomenon of an extremely quaint kind. It is to this phenomenon that I desire to draw attention, because I do not find it mentioned in any of the text books that I have consulted. In a hand thus mutilated there will be found, neatly perched over the heads of each metacarpal bone, the nail of the corresponding finger : a nail perfectly well formed, and growing most luxuriantly and prosperously in its new and somewhat strange situation. There it is! fixed on to the end of the long metacarpal bone : just as in olden times the head of a criminal, whose body had been cast away, used to be fixed on to a pole. Oftentimes, when I have examined fingers that had not yet been completely destroyed but only shortened by lupus, I have seen the faithful finger nail clinging bravely to the end of the mutilated finger. I have found the nail always at the end of the finger :

namely whether the finger has been only slightly shortened, or on the contrary very much shortened. So that evidently, as the finger gradually melts away under the influence of lupus, so the finger-nail gradually sinks downwards on the apex of the shortening finger, until the nail finally comes to rest on the head of the metacarpal bone.

But I do not bring forward these disregarded phenomena of Lupus, merely, because they are quaint and odd. I draw attention to them because it seems to me that, in the future such phenomena may not improbably throw some useful light on the natural history, and even on the better treatment of ordinary cases of lupus. I myself can only regret that I am unable to draw conclusions, of the kind I suggest, from these most interesting data. We are of course aware that the matrix of the nail is a highly vitalized structure, but a great deal more than this is involved in the weird journey of the nail down the whole length of the moribund finger.

II. Clinical study and analysis of 1,000 cases of psoriasis,

par le Dr L. Duncan Bulkley,

Physician to the New York Skin and Cancer Hospital, etc.

The persistency and rebelliousness to treatment of psoriasis are so well recognized, and so very little is actually known in regard to its etiology and nature, that all contributions to its natural history and all records of clinical experience with it are of more or less practical and general interest and value. It has occurred to me, therefore, that a review and report of twenty years'observation and treatment of the disease may not be without interest, and, it is hoped, some little profit. While the study and analysis of a thousand cases, which have been observed in private and public practice, may not yield any startling or brilliant results, or disclose any very new facts regarding the disease, or its treatment, they will at least exhibit certain data taken, in part, from cases among the more intelligent and wealthier classes in the community, and will present the natural history of the disease in a manner not heretofore attempted.

Psoriasis is now described as a chronic affection of the skin, exhibiting dry, red, slightly elevated patches or spots, of varying size and shape, generally circular, covered with a greater or less quantity of dry, white, silvery scales, heaped together, the lesions tending to develop chiefly on the extensor surfaces.

Psoriasis is a well defined disease, quite distinct from all other affections of the skin, and, as far as is known, always produced by the same cause, although little or nothing is known accurately in regard to the nature of that cause. It should never be confounded with a scaly stage of eczema, as one frequently observes to be the case in practice; this may occur if

one follows the teachings of Wilson (1), who applies the term psoriasis to « a mitigated or chronic form of psora or eczema », « when the skin is red, coarse, thickened, wrinkled or smooth, brittle, dry, itchy, desquamating, and disposed to become moist on being rubbed. » Although, as will appear later, in a certain small number of cases psoriasis and eczema sometimes seem to intermingle, or interchange, or alternate, they are distinct and separate affections, although at times exhibiting somewhat similar symptoms. Wilson recognized well the separate character of the disease under consideration, but describes it under the title of *alphos*, using also the designation *lepra* which latter term is now applied exclusively to Elephantiasis Græcorum, or true leprosy.

Psoriasis should also be well separated from syphilis, with which it has no connection whatever; for, although Mc Call Anderson (2) in is excellent monograph on this disease says that « there is a non-syphilitic and a syphilitic form, » all more recent writers agree in confining the name *psoriasis* to the disease under consideration, and never apply it to the scaly papular syphilide. We will find, therefore, that many cases which might, by some, be classed as psoriasis are quite other affections, and quite a share of the instances of so-called psoriasis palmaris and plantaris are only lesions of syphilis, or chronic forms of eczema, or tylosis, affecting the palms and soles; we shall find later that true psoriasis attacks the palms and soles exceedingly rarely, and then only when it has already manifested itself, often to a great extent, on other portions of the surface; rare exceptions to this are occasionally seen.

In like manner the term psoriasis has sometimes been applied to an affection of the tongue which has no connection with, nor relation whatever to, the disease under consideration: indeed among many hundred cases of psoriasis, seen in public and private practice, I have yet to satisfy myself that psoriasis ever attacks the tongue. The so-called *psoriasis linguæ* or *ichthyosis linguæ* will often be found to be syphilitic in origin, or that curious affection now known by the name of *leucoplakia*. Such cases, therefore, should be excluded from our study.

Turning now to a consideration of the statistics of psoriasis which are to form the basis of this study I find that the records of these thousand (3) cases of this affection occur among 25,443 cases of miscellaneous skin diseases in private and public practice : it, therefore, forms 3,93 per 100 of all cases. Of these, 322 cases occurred in private practice among 7,076 cases of general skin disease, giving a per-centage of 4.55; and 678 cases in public practice, among 18,367 miscellaneous skin cases, with a proportion of 3.69 per 100. It may be interesting to note that among the private cases eczema stands first, with 2,350 cases, forming one third of all cases; acne comes second with 1,547 cases or over 20 per 100; syphilis ranks third, with 6,5 per 100; and psoriasis fourth on the list; next to psoriasis comes the forms of alopecia

(1) Wilson. *On Diseases of the Skin*, 6th edition, London, 1867, p. 172.

(2) Anderson. *On Psoriasis and Lepra*, London, 1865, p. 1.

(3) By some previous error in computation I found recently that my personal cases of psoriasis did not amount to quite one thousand, and I have taken the liberty of including in the statistics a few private cases of the late Dr. H. D. Bulkley, and also a few from the books of my colleague, Dr. Fox, at the Skin and Cancer Hospital.

with 3,5 per 100; then the varieties of tinea in almost the same proportion; and so on through the eighty odd different skin affections presented in the cases analyzed.

In the large statistics compiled during the past eleven years by the members of the American Dermatological Association (1) psoriasis is found to form but 3.32 per 100 of the 138,226 cases collected, there being a total of 4,549 cases of psoriasis recorded. In examining the separate reports from different cities which compose this total it is interesting to note that the per centage of psoriasis cases varied very considerably, not only between the individual districts but also in different years. Thus, the per centages from the several cities stand as follws : New York, 4.11; Chicago, 3.3; Philadelphia, 3.2; Boston, 3.06; St. Louis, 2.6; and Baltimore 1.8 per 100. In one year's report the per centage in New York stood at 5.7, while the same year that in Baltimore was only 0,06 of 1 per 100.

A possible etiological deduction may be made from these figures, namely, that the disease seems more prevalent in New York and Boston where the climate is subject to great and trying changes of temperature, with much moisture, and that the same is found in Chicago, where a like condition is found, with the substitution of lake moisture instead of that from the sea. In a small serie of returns from Toronto, Canada, for five years, psoriasis is reported to form 6.4 per 100 of miscellaneous skin cases; the atmospheric conditions here are also much the same as in Chicago. On the other hand, in the warmer climate af Baltimore and St. Louis the disease is found to be much less prevalent : indeed, that of Baltimore, 1.8, stands in striking contrast to the 4.11 per 100 observed in New York.

It is also not a little striking, in view of claimed malarial origin of psoriasis, that it should be found relatively seldom in St. Louis, where this element in so widely diffused and manifests itself so actively.

Psoriasis appears to occur in varying frequency in different countries. Thus Wilson (2) found it to form 6.28 per 100 of 10,000 general skin cases in private practice in London; and Anderson (3) reports 7.5 per 100 in Glascow, and even over 10 per cent. in private practice. On the other hand, in Belfast (4) it formed only 2.4 per 100 in hospital practice, and Neumann (5) reports 2.8 per 100 in the General Hospital in Vienna.

The following table presents the ages of one thousand patients with psoriasis at the time of applying for treatment.

(1) *Transactions of the American Dermatological Association*, 12th meeting, 1888, p. 81.

(2) *Journal of Cutaneous Medicine*, Vol. III, London, 1869, p. 253.

(3) Anderson. *Analysis of 11,000 Cases of Skin Diseases*, London, 1872, pp. 7, 9.

(4) *Journal of Cutaneous Medicine*, Vol. III, London, 1869, p. 276.

(5) Neumann. *Lehrbuch der Hautk.*, Wien, 1873, p. 259.

TABLE I

Ages of One Thousand Patients with

Psoriasis.

AGES.		PRIVATE. m.	f.	t.	PUBLIC. m.	f.	t.	TOTAL.
5 yrs. and under . .		0	1	1	2	1	3	4
5 to 10 yrs.		2	5	7	4	22	26	33
10	15	5	6	11	24	27	51	62
15	20	17	24	41	38	38	76	117
20	25	25	24	49	52	36	88	137
25	30	29	22	51	63	56	119	170
30	35	33	15	48	52	32	84	132
35	40	29	10	39	23	29	52	91
40	45	24	2	26	21	36	57	83
45	50	13	6	19	14	13	27	46
50	55	7	4	11	13	11	24	35
55	60	3	3	6	5	5	10	16
60	65	6	2	8	3	8	11	19
65	70	2	1	3	1	3	4	7
70	75	2	0	2	0	1	1	3
Age unknown					19	26	45	45
Total		197	125	322	334	344	678	1000

By this table it appears that males are more often affected with psoriasis than females, they here forming 53.1 per 100 of the entire number, and the females forming 46,9 per 100; this corresponds somewhat to the proportion observed by others, Neumann making the proportion of males 65 per cent.

The youngest patient seen with the disease was a female about two years of age, the oldest a male, just seventy-five years of age. It will be seen that the largest number of cases applied for treatment between the ages of 25 and 30, when there were 170 cases out of the thousand. Between 20 and 25 years of age there were 137 cases, and between 30 and 35 years of age 132 cases.

Relatively few cases were seen during the very early years of life. In but 4 instances the patients were five years or less of age; in the next five years there occured 33 cases; of these 27 were females and 6 males. It will be observed also that relatively few cases are met with in advanced life, but 80 cases in the entire thousand being seen after 50 years of age. Of the entire thousand the disease was seen in 439 patients between the ages of 20 and 35 years of age.

It is impossible, however, to draw from this table any exact conclusion with regard to the age or period of life at which psoriasis is most likely to manifest itself, for. by reference to the next table it will be seen that the eruption commonly first appears at a much earlier age than will be inferred from the preceding table.

TABLE II

Ages of 481 Patients

At the First Appearance of the Eruption of.

Psoriasis.

AGES.	PRIVATE. m.	f.	t.	PUBLIC. m.	f.	t.	TOTAL.
1 to 2 yrs.	1	1	2	1	1	2	4
2 3	1	1	2	1	0	1	3
3 5	7	5	12	0	0	0	12
5 10	11	11	22	1	9	10	32
10 15	22	33	55	10	10	20	75
15 20	37	24	61	9	12	21	82
20 25	34	13	47	26	15	41	88
25 30	19	9	28	27	9	36	64
30 35	17	1	18	14	10	24	42
35 40	12	5	17	6	3	9	26
40 45	8	0	8	4	6	10	18
45 50	7	3	10	4	2	6	16
50 55	2	2	4	4	1	5	9
55 60	1	1	2	2	2	4	6
60 65	1	1	2	0	0	0	2
65 70	0	0	0	0	2	2	2
Total	180	110	290	109	82	191	481

Comparing this table with the preceding one it will be seen that the largest number of cases in any period of five years was that observed between the ages of 20 and 25 years, where there were 88 cases, the largest number in the preceding table being between the ages of 25 and 30. There is also seen to be a large number between the ages of 10 and 20 years, which gave 157 cases, or nearly 33 per 100 of the entire number. It will be also noted that in 19 instances it was recorded that the eruption had begun by or before five years of age, and in nearly half the cases the eruption had begun by or before 20 years of age. It will also be seen, however, that in a certain number of instances the eruption may first develop even at an advanced period of life, two cases being recorded as first appearing between 65 and 70 years of age and two cases between 60 and 65 years of age. The total number, however, first developing after the age of 50 years is very small, hardly 4 per cent. of the entire number.

It is a little curious to note that while in the period between 10 and 15 years of age the females are considerably in the preponderance, during the next five years the males are greatly in excess, and during the period between 20 and 25 years of age there were 60 males to 28 females; a possible suggestion might be drawn from this in regard to the effect of the later development of the sexual functions in males than in females.

Taking the decades of life, we find that in 51 instances the eruption first developed during the first decade, in 157 instances in the second decade, 152 in the third decade, 68 in the fourth decade, 34 in the fifth decade, 15 in the sixth decade, and 4 in the seventh decade. These facts appear quite opposed to the statement of Neumann (1), who asserts that the eruption generally first appears about the sixth year of life.

The earliest period at which the disease manifested itself was in a male, in the case of a young gentleman 17 years of age, in whom the eruption had existed since he was weaned, before he was two years old. The youngest female was in a girl already mentioned, seen at the age of two years, seen soon after the development of the eruption. Wilson (2) states that he has observed the disease at the age of three months, his next youngest patient being 2 1-2 years of age. He states also that he has known psoriasis to make its first appearance at 85 years of age, and also in another patient at 73 years of age. Kaposi (3) has seen an eight months old child with psoriasis, the father also having the same disease severely.

The natural history and termination of psoriasis is a subject of very considerable interest and one upon which as yet very little light has been thrown. We have already seen from the preceding table that it may begin at any period of life, although in almost one half the cases the eruption was found to begin before the age of twenty years. Having once begun, the disease shows itself to be one of the most rebellious of all affections of the skin, tending to remain indefinitely, with little if any inclination to spontaneous recovery. Beginning early in life it may persist, in spite of active and prolonged treatment, even to advanced age, although after middle life it often becomes less pronounced and in certain cases may become confined to a few lesions giving little annoyance. In a certain small proportion of cases it will seem to disappear even without treatment and to remain absent for varying periods, perhaps entirely. Such cases, however, are extremely rare, and even appear to depend on some radical change in the mode of life or on a change of abode. A prolonged residence in a warm climate will sometimes suffice to completely arrest the disease, but it may again develop when the patient returns to a colder or more changeable climate. There does not seem to be any favorable influence exerted on the disease by puberty, the eruption manifesting itself quite as severely during and after that period as before ; indeed, in some instances the disease seems to be aggravated thereby.

Little can be stated in regard to the antecedent conditions leading to the disease, it making its appearance most unexpectedly under the most diverse conditions of life and under the greatest possible variations of circumstances ; not only will it appear after exhaustive diseases and in those debilitated by various excesses, but it comes equally in subjects who are apparently in the very best health and enjoying all the elements of a healthy and proper life. A study of the histories of the cases here analysed fails to discover any single cause or element or even combination of causes or elements to which the disease may be attributed ; although, as will be mentioned later,

(1) Neumann. *Lehrbuch der Hautkrankheiten*, Wien, 1873, p. 259.
(2) Wilson. *Lectures on Dermatology*, 1871-3, London, 1873-1876.
(3) Kaposi. *Pathol. und Therap. der Hautkr.*, Wien, 1883, p. 394.

several distinct types of the eruption may be made out, as found in those exhibiting the scrofulous, gouty, and rheumatic diatheses.

The eruption of psoriasis is seen clinically to develop in various manners, and with quite different degrees of severity. In some very young subjects, even, it appears as quite a sudden outburst, affecting simultaneously or in rapid succession the various parts of the body and extremities; in other instances a few spots appear here and there, and develop but slowly, taking very considerable time before a large surface is affected; in some instances the eruption remains confined to a particular locality, as the scalp or back or chest for some considerable period, often for years, and then from unknown causes more or less suddenly develops so as to involve very much of the surface.

However or whenever the eruption began, the analysis of these cases shows it to have been most chronic and rebellious, lasting in many instances even during the entire life of the patient in varying degrees of severity.

The following table exhibits the duration of the disease before the patient came under treatment:

TABLE III

Duration of Psoriasis in 414 cases at the time of applying for treatment.

DURATION.		PRIVATE.			PUBLIC.			TOTAL.
		m.	f.	t.	m.	f.	t.	
1 mo. to	3 mos. . .	8	3	11	5	4	9	20
3	6 . . .	7	8	15	8	9	17	32
6	1 yr. . . .	13	7	20	7	2	9	29
1 yr. to	2 yrs . . .	10	10	20	7	5	12	32
2 yr. to.	3 yrs . . .	9	5	14	4	3	7	21
3	4 . . .	12	8	20	4	3	7	27
4	5 . . .	10	6	16	4	2	6	22
5	10 . . .	30	24	54	20	13	33	87
10	15 . . .	25	17	42	6	11	17	59
15	20 . . .	17	12	29	4	5	9	38
20	25 . . .	14	2	16	8	1	9	25
25	30 . . .	5	0	5	0	3	3	8
30	40 . . .	8	2	10	0	0	0	10
40	50 . . .	3	1	4	0	0	0	4
Total		171	105	276	77	61	138	414

We see from this table that the natural history of psoriasis is reckoned by years rather than by months or days. Thus, out of 414 cases in which reliable data were preserved, it is found that in 231, or 56 per 100, the eruption had existed for a period of over five years, and in four instance it is recorded that the eruption had been present between 40 and 50 years before the patient came under treatment.

Comparatively few cases were observed at or soon after the beginning of the disease, only 20 in whom it had lasted less than three months. It will be seen

later that this is a fact of no little importance in connection with the proper treatment of the disease.

It would be interesting to know more definitely the exact duration of the disease in those patients who have become free from the eruption and who have remained without any manifestations; but unfortunately such statistics are extremely difficult to obtain in an office practice and among out-patients, who are seen only during the actual existence of the eruption, or who seek advice only as long as they may desire; moreover, a large number of such cases are seen but once or twice, generally in consultation. Something more, however, can be learned of the obstinacy of the complaint by a consideration of the length of time during which some of the patients were under observation, either for a continued existence of the eruption or for recurrences of the same. This is exhibited in the following table :

TABLE IV

Duration of observation of 296 patients with

Psoriasis.

DURATION.	PRIVATE.			PUBLIC.			TOTAL.
	m.	f.	t.	m.	f.	t.	
1 mo. to 3 mos. . .	44	24	68	20	27	47	115
3 6 . . .	16	12	28	5	3	8	36
6 1 yr. . . .	26	15	41	3	1	4	45
1 yr. to 2 yrs . . .	14	2	16	3	5	8	24
2 3 . . .	12	6	18	1	1	2	20
3 4 . . .	8	6	14	2	0	2	16
4 5 . . .	3	2	5	0	0	0	5
5 10 . . .	9	11	20	0	0	0	20
10 15 . . .	9	4	13	0	0	0	13
15 20 . . .	2	0	2	0	0	0	2
Total	143	82	225	34	37	71	296

It is seen here that a large number of cases, over one half, were seen for comparatively short periods of time, less than six months, and in looking at the notes of these cases we find that quite a proportion of them yielded to treatment and were apparently cured, while of course a large number were lost sight of before any conclusions could be drawn as to the ultimate results of treatment; the remaining half of the cases were seen for varying periods of time, more commonly, however, not in consecutive months or years, but often after a lapse of a greater or less length of time. In studying the records of these cases we find that as we advance in the length of time during which the patients had previously had the disease, and also in that during which they were under treatment, we discover a smaller proportion of them receiving permanent benefit, until, in many cases which have been for some years under observation and treatment the question of therapeutics has narrowed itself down to removing recurrent eruptions or preventing their appearance on

exposed regions. In some instances, however, careful and continuous treatment has held the eruption almost entirely in abeyance, even for a great number of years, as in the following case:

This case, which has been for the longest period of all the cases under observation and treatment, is that of a clergyman now 50 years of age, who was first seen about twenty years ago. The eruption had begun about eight years previous to his first visit, when he was 22 years of age, it appearing first in the scalp. The disease progressed very slowly and did not become very general until four years later. He has spent much time at different mineral springs with varying results, at times the eruption improves greatly but always relapsed into a worse condition. He was also under various medical treatment until the time of his first visit in 1869. He then had a very general psoriasis, and on account of this and a throat difficulty he was unable to pursue his calling as a clergyman for some years.

He was put upon Fowler's solution with the occasional use of other remedies, the local treatment consisting mainly of tarry applications, with the effect of keeping him practically free from his eruption which, however, would return with any great neglect of treatment. He has taken as high as almost eight ounces of pure Fowler's solution in the course of a single year, and, as he calculated it several years ago, he had taken over half a gallon of pure Fowler's solution in the course of fourteen years.

The case next longest under observation is that of a gentleman also now 50 years old, who was first seen in 1869, twenty years ago, and at intervals up to the present time; the eruption first appeared on him also at about twenty years of age, ten years before his first visit. During this interval of thirty years he has been at times under the care of many physicians in this country and abroad, and has tried many mineral springs, but when last seen, quite recently, he returned for treatment in about the worst condition that he had ever been. The disease then covered large areas, forming great patches many inches in diameter, resembling the surface of pityriasis rubra, and at times causing him great suffering. He is a very gouty subject.

Another case which has been under observation and treatment off and on seventeen years is that of a gentleman who, curiously enough, is now also just fifty years of age, in whom the eruption first showed itself when he was twenty-five years old, eight years before his first visit. During this period the eruption has varied greatly in intensity, at times disappearing almost entirely when he relaxes from work, especially during the summer vacations. Of late years the disease has become quiescent, giving but little annoyance but still lingering in certain localities, as the scalp, and increasing when he is taxed with overwork. Numbers of cases could be cited where the disease had been watched and treated with varying success during periods of from ten to fifteen years, with the history that with each neglect of treatment a recurrence or an increase of the disease has more or less quickly followed.

In very many instances it appears to be quite clear that the obstinacy of the disease depends largely upon the irregular and imperfect manner in which the patient has carried out the treatment, and upon an interruption of the same just when it promised success; for with an eruption of this nature which gives comparatively little personal discomfort, especially when it has been largely removed, it is exceedingly difficult to secure a faithful and persistent

carrying out of the remedial measures suggested. So many patients fondly suppose that when the eruption is improving the gain will be continuous and constant, that they to a greater or less degree relax their efforts, and become more or less careless in their treatment, until, finally, a fresh crop of eruption warns them of the necessity of resuming the active fight.

There can be no greater error than this on the part of the physician or patient, for the natural history of the disease shows conclusively that it has almost no tendency to a self limitation; but, having once begun the disease exceedingly likely to continue during all of the patient's life, unless checked by medical means or by other influences relating to diet, hygiene or climate, of which we know but little.

Although it has just been remarked that in a considerable share of cases the rebelliousness of psoriasis is largely chargeable to the patient's carelessness and want of persistency in treatment, it is doubtless true that in a certain proportion of instances, which I believe to be relatively small, the disease really seems to be incurable, however faithfully and intelligently the treatment may have been prescribed or carried out.

This is exemplified in the case of a young lady who was under observation and treatment for twelve years : the eruption had begun in her twenty years before she was first seen, when she was but ten years old, and it persisted in spite of much and varied treatment, which it is believed was faithfully carried out. A certain amount of benefit could always be obtained, but it would only be transitory; remedies would soon lose their effect and disagree with the patient and the course of the case was often most disheartening. The face was a prominent point of attack and the eruption very often caused her much distress, both mental, and at times, physical. When last seen recently, at about 46 years of age, the eruption was still present to a very troublesome degree.

From the well-known rebelliousness of the disease the question is often asked whether it is really curable, or whether it must not be reckoned as an incurable affection. To this I commonly reply that the disease is indeed one of the most rebellious of all those appearing upon the skin, but that in a certain proportion of cases it is undoubtedly curable, under proper conditions. The relative curability of psoriasis appears to depend very largely upon several conditions, such as, the age at which the eruption first appeared, the period in the disease at which treatment is commenced, the character of the treatment employed, and the faithfulness with which the same is persisted in.

In regard to the age at which the eruption appears, psoriasis is certainly most easily controlled in children, if taken hold of vigorously and if treatment is persisted in faithfully. I therefore urge parents most earnestly to sacrifice every thing in the attempt to free their children from the disease in their earliest years, for, if neglected or improperly treated, psoriasis is not only far more likely to persist many years naturally, but will probably become more and more rebellious to treatment. Cases of psoriasis first developing between the ages of 20 and 25 years are apt to be exceedingly rebellious, although I have known such instances to be cured : those in which the eruption appears much later in life will often yield very readily, especially if they occur in gouty subjects where this element can be modified by diet or treatment.

This brings us to the second point, viz. : that the prognosis of psoriasis

depends considerably upon the date in the disease at which the treatment is commenced. When the eruption has existed for a long time and the psoriatic habit has become, as it were, thoroughly pronounced, it often seems exceedingly difficult to do more than to give temporary relief, very little being accomplished in the way of preventing relapses or eradicating the real disease.

The third element having to do with the prognosis of psoriasis is the character of the treatment employed. I am well aware that there are not a few who, regarding psoriasis as a local disease of the skin with no constitutional relations, will not at all agree with me in reference to the matters about to be stated. Time does not permit of a full discussion of this most important subject of the constitutional relations of psoriasis, and as this is a clinical paper I will only briefly state my own position and belief in the matter, as it has been developed from extended study and observation.

In my judgment it is not sufficient to regard cases of psoriasis solely from the standpoint of removing the eruption which happens to be present at the time of consultation. I believe that more ought to be accomplished than this, and I believe also that with due diligence and proper care more can be accomplished. While we cannot at present speak of the cure of psoriasis, that is its permanent cure, with any amount of certainty or satisfaction in individual cases, it is undoubtedly true that in a certain proportion of instances such changes in the habits and condition of patients can be affected by prolonged and skillful medical care, that the disease, or its skin manifestations, will remain absent.

While we must agree with Robinson (1) and Jamieson (2) that « the first step in the diseased process is taken by the cells rete Malpighi, which lie next to the derma, and not by the papillae, and that psoriasis cannot be regarded as primarily an inflamatory disease or affection of the upper layer of the cutis, » we must still hold to the belief that psoriasis is not a local disease of the skin such as are the parasitic affections, epithelioma, verruca, etc. As we believe, psoriasis in some way depends upon an unknown constitutional condition, more or less akin to rheumatism and gout, and unless this condition is altered, the eruption will recur at different periods and with varying severity. To be successful, therefore, the treatment of psoriasis must include diet, hygiene, and proper medical measures, including both internal and external medication.

The nature and character of the measures necessary to affect this will be considered later under the head of the treatment of the disease.

The *heredity* of psoriasis is a subject of some little interest and one which deserves more attention than has hitherto been paid to it. The impression is very general that the disease in commonly acquired by inheritance; indeed, this is about the only etiological element which is recognized with any certainty by most writers upon the disease. It is a little difficult to obtain reliable data in regard to this matter, and but little value can be placed upon the statements obtained from the mass of patients commonly seen in public practice. In the more intelligent class of patients seen in office practice, however, we can

(1) Robinson. *New York Medical Journal*, July, 1878.
(2) Jamieson. *Medico-Chirurgical Society of Edinburgh*, November, 6 th, 1878.

generally obtain the necessary facts with a little care, and this has been done in a large share of the cases here analyzed, in private practice, the patients being interrogated both as to the positive and negative aspects of the question, and the results obtained in the 322 cases are exhibited in table V :

TABLE V.

Heredity.

	m.	f.	t.
Cases with anterior heredity	14	19	33
Cases with posterior heredity	6	1	7
Cases with no heredity	74	62	136
Unknown or unrecorded	137	72	209
	231	144	385
Number of parents affected	12	15	27
» » grandparents affected	3	3	6
» » children affected	15	1	16
» » brothers and sisters affected	27	17	44
» » collateral relatives affected	4	7	11

Here we see that in but 33 cases was there any anterior heredity recorded; of these 27 reported the disease as having existed in one or the other of their parents, and 6 patients reported a grandparent affected. In the records are found notes regarding 143 children of psoriatic parents. Of these but 16 are recorded as having the disease, that is, only a trifle over 11 per 100. Out of 291 brothers and sisters of psoriatic patients, only 44 are recorded as affected, while 247 escaped, a ratio of only 17 per 100 ; of collateral relatives there were only 11 instances in whom psoriasis was reported, upon inquiry, to have existed. It would seem, therefore, from a study of these cases at least, that heredity bears but a small share in the production of psoriasis ; the proportion of instances exhibiting this is certainly not as great as could readily be found among cases of eczema, acne, urticaria, and perhaps other skin affections.

The location of the lesions of psoriasis is not a little interesting, although but little practical value can be derived from the data concerning them. In the following table VI the figures in regard to this feature are recorded :

TABLE VI

Location of Psoriasis.

LOCATION.	m.	f.	t.
General	123	90	213
Head	92	65	157
Body	90	49	139
Upper extremities	97	87	184
Lower extremities	84	57	141
Genitals	14	4	18
Palms and soles	9	4	13

Thus, it was found to be diffused in all parts of the body in 213 instances; the head was affected in 157, the body in 139, the upper extremities in 184, etc. Psoriasis very rarely affects the palms and soles, but 13 instances having been noted among the cases here analyzed.

The complications of psoriasis are often very interesting and at times very important; appearing as it does at all ages, and often lasting during many years, it naturally often co-exists with many other affections and conditions of the body As is well known, during certain general or exhaustive diseases psoriasis will often disappear spontaneously and rapidly, especially during pneumonia, only to reappear with renewed activity when the acute disease has passed off. The eruption is not at all infrequently seen to co-exist with other eruptions upon the same patient, the one more or less masking and complicating the other; thus, among the private cases psoriasis was recorded to have co-existed in different individuals with no less than eighteen other well recognized skin affections : in many other instances such co-existence may have happened without particular note having been made of the matter. First among these stands eczema, which was noted in 20 individuals with psoriasis; acne also existed in about the same number, in a degree to call for record and treatment; syphilis occurred in 12 psoriatic patients, while the rest of the skin affections were exhibited in one or more patients with psoriasis. Syphilis stands first perhaps in importance in this connection, and will often so complicate and mask psoriasis that it is exceedingly difficult to determine, with certainty, exactly the share which the two diseases bear in the eruption present. When syphilitic infection takes place in psoriatic patients, the earliest lesions will often be found to more or less represent the disease under consideration; indeed, the spots of psoriasis will thus undergo a modification and will so resemble the new syphilitic papules scattered among them, that they are hardly distinguishable one from the other; the lesions of psoriasis will become more succulent, more raised, of darker red, and covered with more adherent, firmer, thicker, more yellow and less shiny scales. As the syphilitic poison yields to vigorous treatment, the psoriasis again resumes its more indolent character, the lesions become paler and flatter, the scales more transparent and shiny; occasionally it will be seen that the psoriasis will yield in a remarkable manner, and largely disappear, under the effect of an active treatment given for the syphilis. But this gain is not permanent, and the psoriasis, if not properly treated, relapses speedily.

The most interesting complications or relations of psoriasis are those with rheumatism, gout, and the so-called scrofulous habit. The true causative relations between these blood conditions and psoriasis, have not been as yet determined, and it is very difficult te establish them with any degree of certainty; but clinical experience certainly shows them to co-exist with the disease, and the symptoms of the one to vary with the symptoms of the other, to such a degree and in such a manner that there can be little doubt but that some causal relation exists between them. This is a subject which has been already considerably dwelt upon by many writers, and the French school especially have long recognized the arthritic relations of psoriasis. Bourdillon (1) has recently elaborated the subject very fully in regard to joint

(1) Bourdillon. *Psoriasis et Arthropathies*, Paris, 1888.

changes which take place in connection with aggravated cases of the disease, and has collected a considerable number of illustrative cases: that there is any question that these psoriatic and arthritic symptoms depend upon the same systemic change or poison, there can be little doubt by one who has at all carefully studied the subject and followed such cases clinically for any period of time.

While it is difficult to determine and demonstrate any accurate relation between the *strumous state* and psoriasis, clinically it is very easy to distinguish cases which may be placed under the scrofulous type of the disease from those which belong to the gouty class. While the eruption in this latter condition is characterized by a considerable amount of congestion of surface, frequently by much irritation of the skin, either with pain or itching, and the abundant production of thin white scales, easily shed and frequently renewed, the strumous form of psoriasis is characterized by its more indolent nature, a duller red of the patches, a greater accumulation of more yellow, thicker, and more adherent scales, and the total absence of any irritation on the skin. The treatment of the two classes of eruption is also quite different, and the internal remedies of value in the strumous variety prove prejudicial to the eruption in arthritic patients. No statistics have been prepared to exhibit these features, but, from a rough estimate, I should judge that fully one half of the patients with psoriasis exhibited to a greater or less degree the arthritic elements calling for treatment, while in about one half of the remainder the strumous nature of the disease should be recognized; in the other quarter an accurate determination with regard to these features could hardly be made.

In the large majority of cases of psoriasis the disease maintains it proper characteristics to the end, often during a long period of years; as it recurs after a greater or less subsidence, it may appear as a punctate, guttate, nummular, orbicular, or gyrate eruption, but it can always be recognized as psoriasis. In certain instances, however, it will more or less change its character and approach to a greater or less degree those of *eczema*, and *pityriasis rubra*, occasionally being quite transformed into one or the other of these affections. As already mentioned, in no less than 20 instances among the private cases, or 6 per 100, eczema was noted as present to a greater or less degree: I have always regarded any tendency in psoriasis to assume an eczematous aspect as a favorable symptom, and in proportion as this is exhibited in patients can the disease be more readily managed. Far more rarely does psoriasis develop into *pityriasis rubra*, but I have seen this to occur in two, or perhaps, three instances; in the case of a gentleman recently seen, now some 50 years of age the disease had so extended itself during many years existence that a large share of the lower extremities, and also the trunk, had become affected with extensive, even, red, surfaces marked by superficial lines, covering large areas and exactly resembling the tissue seen in pityriasis rubra. The heat and burning in this is sometimes intense. This patient is also a great sufferer from rheumatism. Bourdillon (1) has cited a number of cases illustrative of this.

The *treatment* of psoriasis is a subject upon which very much has been

(1) Bourdillon, *loc. cit.*, pp. 8, 57, etc.

written and yet one which is by no means clearly settled; indeed, it is one about which there is still the greatest diversity of opinion, and further, is one which, it may be said, is in a very unsatisfactory state.

To those who believe psoriasis to be incurable as a disease, and who only attempt the benefitting or removing of the eruption present, the task is relatively light; for, a number of agents are known which generally succeed in effecting a great improvement, or in causing the eruption to disappear in varying lengths of time. But all agree that their effect is at most but local and temporary, and we find that those who argue most in favor of local treament, speak most expectantly of the probable return of the eruption, with the coming change of season. But patients with the eruption naturally seek for more than this, and are very properly desirous that they should be freed from the disease in such a manner that they will not be subjected to the continual annoyance of its recurrence. In a certain small percentage of cases it is true that when once removed by local means alone the eruption sometimes remains absent, even for a period of years, but this is so much the exception that it is hardly ever counted upon or expected by localists. It has already been mentioned that in order to secure a more permanent removal of the eruption, treatment must include diet, hygiene, and both internal and external medication.

To one who has closely studied diseases of the skin in private practice, there can be little doubt but that diet has more or less to do both with the production of skin diseases and their cure. In some eruptions the relations exhibited between dietary elements and skin lesions are very striking and unmistakable; in many others they are more obscure, while in certain instances, with our present light, it seems very difficult to obtain much data of value with regard to the matter. In gouty and rheumatic subjects with psoriasis, the effect of a full and stimulating diet is often most markedly exhibited in the rapid increase of the eruption, in its congested and irritable character, and in the freer production of scales; while a light and unstimulating diet without the use of stimulants will often be followed by a marked improvement in the eruption. Every thing contributing to the production of an acid state in these subjects also tends to increase the skin difficulty; and over indulgence in sweets, pastry, fermented wines, and beer will often precipitate an attack and will always aggravate an existing eruption.

Excessive meat eating will also increase the disease, which will frequently yield with much greater rapidity, under the same treatment as before, when the amount of meat taken is lessened, or when it is entirely cut off; on the other hand, oils and fatty matter, if properly digested, aid in removing the disease state.

Under hygiene should be included proper attention to the clothing worn and to the mode of life, in order to avoid all check of perspiration or the chilling of the surfaces at any time; this latter I have repeatedly seen followed by the original outbreak of the disease, and also by returns of the eruption. I believe that only pure wool should be worn next to the skin by these patients, both summer and winter. A warm and equable climate undoubtedly conduces to the cure of the disease, and I have known patients to remain quite free from the eruption while in the tropics.

Internal medication has very considerable effect on psoriasis in a large

share of the cases, and should never be omitted. In rheumatic and gouty subjects a pretty free and full alkaline treatment very commonly will control the disease to a very great extent : acetate of potassium is about the best remedy, and may be given with a free hand, combined with nux vomica and a bitter infusion, to which colchicum may often be added with advantage. Citrate of potassium and the liquor potassæ are also often of great service, the latter being given even up to 20 to 30 drops, or more, three times a day, freely diluted. In strumous cases the most brilliant results will sometimes be otained by cod-liver oil and hypophosphites, or other suitable medication. In quite a proportion of cases the eruption will seem to be induced and largely kept up by simple debility, and a good iron tonic, with liquor potassæ and a little arsenic, will cause the great, est improvement in the eruption even without any local treatment. This is also often required in gouty and rheumatic cases after the congestive element has been removed by free alkaline remedies. Attention should always be paid to the condition of the bowels, the digestive system and urine in psoriatic cases, for if these elements are faulty other medication is often valueless.

Arsenic long ago established its reputation and has fairly maintained it in the treatment of psoriasis, and singly and alone is perhaps the one remedy of greatest value internally in this disease. But its powers have been more or less overrated by many, and everyone who has had much experience with this disease must have witnessed its failure many times. That in can powerfully affect the eruption and even cause its disappearance in many instances, and often effect a cure of the disease in certain cases when used freely and persistently, no one doubts. As it is a more or less safe remedy it should be given, when employed, in doses sufficient to effect the purpose desired, or until some of its physiological actions become so pronounced that the drug can no longer be borne. Individual cases vary greatly in regard to the amount of arsenic which they can stand, and in each case it must be pushed fearlessly and faithfully in the directions indicated. I do not believe there is any deleterious effect to the system from the prolonged use of the drug; it is well to remember that it passes off rapidly with the urine, and no traces of arsenic are found in the body a short time after its use has been discontinued, even although much had been previously taken. It matters little in what form arsenic is given, as it is believed that the mineral itself is the active agent, and it seems to operate about the same in whatever combination or form it is given.

Mineral springs are often thought to be of great value in the treatment of psoriasis, but after very considerable experience in their use and after reviewing a recorded experience of very many patients at a great variety of mineral springs, I must confess that they have disappointed me greatly. The sulphur springs are, in the main, as is well known, those which yield the best results, but even these I have rarely seen to effect a permanent cure of the disease. Faithful treatment at them will very frequently be followed by the removal of the eruption present, but it has sometimes seemed to me that the eruption bursts out again with even greater vigor subsequently on account of the treatment there taken; so that, I cannot to-day recommend a patient with psoriasis to go to any particular mineral spring with any definite hope or expectation that great or permanent benefit will be derived therefrom.

The *local treatment* of psoriasis covers a large ground and has been so frequently and ably discussed that it is hardly worth while to enter upon the subject here. My experience certainly shows that the effect of local treatment is but local and temporary, and although, when applied early and fairly it may even prevent, to a large degree, the development of the eruption, it quite frequently fails to effect this, and only removes the eruption present, without at all influencing the future of the case.

Chrysarobin undoubtedly still holds the first place as a powerful agent in removing the eruption present, but on account of the many well-known objections to its use I employ it comparatively rarely in private practice, and then mainly in a compound with salicylic acid and collodion : pyrogallic acid and anthrarobin are of more or less value, but second in active power to chrysarobin : I use, more than anything else, white precipitate in an ointment with bismuth and carbolic acid. In acutely developing psoriasis a soothing and astringent lotion of calamine, and oxide of zinc, with carbolic acid and lime water will often, when combined with proper internal treatment, check the development of the eruption very satisfactorily. Alkaline baths have proved to be of the greatest service in my cases of psoriasis and I make very free use of them in their treatment. Oil of cade, as is well known, is one of the most efficient remedies in the removal of the eruption of psoriasis, and I have found a special value in the combination suggested, I believe, by M. Vidal, composed of oil of cade, 50. sapo viridis 25. and glyceriti amyli 130, well rubbed into the surface at night and washed off in the morning.

In concluding this study of the cases of psoriasis which have been under my personal care I wish again to impress the view, which experience has developed more and more in me, that psoriasis is not a local disease of the skin but is most certainly a manifestation of some underlying constitutional condition. Of this constitutional state or condition we as yet know but little, except that there is behind it a process of sub-oxidation and acidity, often exhibiting itself in rheumatic and gouty symptoms : that these symptoms are not marked in the larger proportion of cases does not argue against the blood state or constitutional condition underlying both. Unfortunately the microscope has not revealed to us any one essential fact in regard to the true nature or etiology of psoriasis, and although several suggestions in regard to a parasitic or microbic origin have been put forth, I imagine there are few, if any, who give credence to such accounts. What the future will develop, if anything, in regard to the etiology of the disease no one can predict, but it is believed that our knowledge of psoriasis will be advanced by closer clinical observation and study of large numbers of cases, and it is in this belief that I have ventured to bring before you the present analysis and study of the disease.

III. Notes de clinique thermale sur quelques cas de prurit,

par M. le Dr Deligny (de Saint-Gervais, Haute-Savoie).

Depuis l'année 1883, nous avons traité, à la station thermale de Saint-Gervais (Haute-Savoie), quarante-quatre malades atteints de prurit, sans lésions cutanées antérieures ou coexistant avec ce prurit, à l'exception de celles que produit le grattage.

Ces quarante-quatre cas de prurit comprennent :
2 cas de prurit généralisé ;
2 cas de prurit d'hiver, prurit de Duhring ;
2 cas de prurit de la face ;
1 cas de prurit des lèvres ;
2 cas de prurit des paupières ;
5 cas de prurit vaginal ;
8 cas de prurit anó-génital ;
5 cas de prurit périnéo-scrotal ;
14 cas de prurit anal.

Des deux cas de prurit généralisé, l'un concerne une demoiselle de trente-neuf ans, qui nous a été envoyée par le Dr Mayor, de Genève, en 1886. Elle est atteinte de neurasthénie (pseudo-rhumatisme de Huchard, névrose arthritique d'Axenfeld). Le Dr Mayor, dans la note qu'il nous envoie, signale des douleurs musculaires erratiques, qui quelquefois se généralisent et l'empêchent de se mouvoir; des bronchites fréquentes, des coryzas répétés, des vertiges ; très nerveuse, elle a eu, à l'époque de la puberté, des crises nerveuses que remplacèrent des névralgies intercostales. Puis, elle fut tranquille pendant plusieurs mois, lorsque survint, sans cause appréciable, sans affection cutanée antécédente, un prurit généralisé. Ce prurit procédait par crises, habituellement le soir, lorsque la malade quittait ses vêtements pour se coucher. Ces crises de prurit envahissaient tout le corps, à l'exception de la tête, et duraient, en moyenne, une heure. Mais elles paraissaient aussi parfois dans la journée, notamment à la suite d'une sortie par un temps humide ou par un grand vent. En outre, dans l'intervalle des crises, cette malade ressentait presque constamment des démangeaisons très légères dans des régions variables, mais notamment aux épaules et à la ceinture. Nous avons examiné la peau et constaté qu'il n'existait aucune lésion, mais une hyperesthésie au toucher assez marquée :

Cette malade vient à Saint-Gervais depuis trois ans ; la première cure (1) a été suivie d'une amélioration notable, moins de fréquence et d'intensité des crises ; une seconde cure a fait complètement disparaître le prurit.

Le second cas de prurit généralisé concerne un homme de quarante-cinq ans, financier, qui a eu deux attaques de goutte articulaire, de vingt-huit à

(1) Les eaux de Saint-Gervais, employées pour la cure, sont des eaux chlorurées, sulfatées, lithinées. On les emploie en bains, qui ont une action sédative, en raison des sels de chaux qu'elles contiennent, en proportion égale aux sels de soude. On les emploie aussi en douches générales, locales. Prises en boisson, à la dose de quatre verres, par demi-verre, elles sont diurétiques et laxatives.

trente-cinq ans. Le prurit est survenu à la suite de grands ennuis financiers ; il a débuté par les organes génitaux, puis s'est généralisé. Il procédait par crises qui apparaissaient, soit au moment du coucher, soit à la fin de la nuit. Pas de lésions cutanées ; au moment où nous voyons le malade, la peau de la région génitale est seulement un peu noirâtre ; c'est là que le prurit est surtout violent.

Un des malades, atteint de prurit d'hiver, est un homme de trente-huit ans, de race rhumatisante, et a eu, lui-même, une attaque de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de trente et un ans. Il est dyspeptique, hémorroïdaire. Le prurit est apparu, il y a trois ans, et est localisé aux membres inférieurs, surtout violent aux creux poplités et à la face interne des cuisses ; à ces régions, il y a un peu de rudesse de la peau, avec exagérations des plis aux creux poplités. Pas d'affection cutanée antérieure.

Les crises arrivent dix à quinze minutes après l'entrée dans le lit, et durent de une à deux heures. Parfois elles reparaissent le matin avant le lever, mais alors elles sont moins longues. Le prurit ne cesse pas toujours dans la journée, surtout par les grands froids, et le malade est souvent obligé, quand il est dehors, de s'arrêter pour gratter une région variable des membres inférieurs. Au printemps, le prurit devient intermittent, suivant les variations de température, et disparaît en été. Nous n'avons pas observé que, chez lui, le port de caleçons de laine ait une influence sur le plus ou moins de fréquence et d'intensité des crises, non plus que pour le malade suivant; mais, le malade nous a dit que s'il veillait, les jambes devant un feu de cheminée, il avait toujours des crises bien plus fortes.

Le second cas de prurit d'hiver a été constaté par nous chez un homme petit-fils et fils de goutteux, ayant deux de ses frères présentant eux-mêmes des dispositions goutteuses (gravelle, urticaire). Il a ce prurit depuis six ans, et il lui est survenu après un séjour en Écosse, où il a beaucoup chassé dans des régions marécageuses. Ce prurit siège aux membres inférieurs et aussi à la région dorsale, entre les deux épaules. Les crises se produisent comme chez le malade précédent, dix à quinze minutes après le coucher.

Ce malade était en même temps atteint d'un eczéma subaigu des membres inférieurs, consécutif à un grattage immodéré, lorsqu'il est venu à Saint-Gervais l'année dernière. La cure fit disparaître l'eczéma et améliora beaucoup le prurit hivernal.

En 1884, un des anciens médecins de Saint-Louis nous envoya Mme B., âgée de quarante ans, dyspeptique, hémorroïdaire, sujette à des bronchites fréquentes, et atteinte d'un prurit de la face si violent que, pour se soulager, elle se frottait vigoureusement la figure avec une brosse.

Malgré ces frictions énergiques, la peau ne présentait aucunes lésions, et seulement une légère coloration brunâtre. A notre grand étonnement, ce prurit disparut pendant la cure, qui consista en bains, pulvérisations d'eau saline sur la face, et même eau en boisson. Nous avons revu la malade l'année suivante ; elle n'avait plus eu aucune crise de prurit. Ces crises se produisaient à plusieurs reprises dans la journée, surtout après les repas.

Le second cas de prurit de la face que nous avons observé fut plus tenace ; il existait chez un ecclésiastique rhumatisant, qui avait eu deux ans auparavant un eczéma de la face. Ce malade était encore atteint, depuis son séjour en Cochinchine, d'une hypertrophie du foie. La cure thermale n'eut aucun

résultat; le malade partit pour Vichy, et nous n'en avons pas eu de nouvelles.

C'est chez une jeune femme de vingt-cinq ans, qui nous a été envoyée par un confrère italien, qu'existait le prurit des lèvres. Fille de père goutteux, elle avait eu, dans son enfance, des poussées violentes d'urticaire, qui se produisirent encore à l'époque de la puberté, qui s'établit très difficilement. Cette malade a encore de la dysménorrhée, mais l'urticaire n'existe plus.

Le prurit, qui datait de six mois, siégeait sur toute la partie de la muqueuse qui recouvre les muscles des lèvres; il était précédé et accompagné d'une rougeur vive des lèvres, mais sans que l'on pût invoquer l'urticaire. Les crises duraient vingt à vingt-cinq minutes, se produisaient plusieurs fois dans la journée, surtout après les repas, ou le contact d'un liquide ou d'un objet froid.

Pendant la cure, la menstruation se fit après le douzième bain, et se fit bien, sans le malaise et les souffrances habituelles, et la malade n'eut pas, pendant cette époque, les violentes crises qui redoublaient à ce moment. Sur notre conseil, elle se reposa vingt jours et reprit le traitement thermal une semaine avant le jour attendu des nouvelles règles. La période cataméniale se passa encore fort bien; cette amélioration continua et le prurit disparut. Le traitement thermal a consisté en bains salins de quarante minutes, à 34 degrés centigrades, d'irrigations avec l'eau saline dans le bain, et de la même eau en boisson.

Les deux cas de prurit des paupières ont été observés chez deux arthritiques, dont l'un est un psoriasique qui a un frère goutteux et dont le père était goutteux. Il a des coryzas fréquents, de ces coryzas faciles et très courts, qui sont dus à des congestions passagères de la muqueuse nasale, congestions si fréquentes chez certains arthritiques, et c'est à la fin de ces poussées que le prurit palpébral se produit. La peau des paupières est un peu hypertrophiée, ses plis sont plus accusés, mais il n'y a ni irritation, ni affection cutanée.

Il n'en est pas de même du second malade qui, après trois mois que le prurit des paupières était apparu, a vu survenir un eczéma des paupières produit par le grattage. Chose bizarre, lorsque cet eczéma existe à l'état aigu ou subaigu, le prurit cesse, mais pour reparaître lorsque l'eczéma devient sec ou s'éteint. Ce malade était un diabétique, qui avait eu successivement de l'eczéma génital, puis de l'eczéma des jambes.

Dans huit cas de prurit occupant à la fois la région génitale et la région anale, l'un se présente chez un albuminurique. Nous notons un second cas chez un diabétique avec un eczéma des mêmes régions, mais le prurit ayant existé longtemps avant l'apparition de l'eczéma.

Un troisième cas concerne une dame qui nous a été envoyée par M. le Dr Besnier; le prurit existait avec des lésions eczématiformes qui paraissaient n'être apparues qu'après le prurit et qui n'étaient pas très accentuées. Il y avait une telle hyperesthésie de la région vulvaire, et de la région anale, que la malade ne pouvait faire des lotions avec de l'eau ordinaire, ni appliquer de pommades. Elle fit une cure à Saint-Gervais, pendant laquelle elle obtint une grande amélioration; mais nous n'avons pas d'autres renseignements consécutifs.

Les six autres cas de prurit de la région ano-génitale, sans eczéma, sans lésions cutanées, ont été observés, cinq chez des sujets à disposition goutteuse

(gravelle, lithiase biliaire, manifestations articulaires dans trois cas) et un chez un sujet rhumatisant, très nerveux, très violemment atteint, à ce point qu'il ne pouvait rester couché et se promenait ou s'asseyait une partie de la nuit.

Parmi les cinq cas de prurit vulvaire, un cas concerne une demoiselle de vingt-quatre ans, chlorotique, chez laquelle le prurit a débuté à l'époque de l'installation des règles qui fut assez tardive et assez difficile et pénible. D'abord léger, intermittent, il devint peu à peu plus intense, et les crises se produisaient à cinq ou six reprises pendant la nuit. Cet état détermina de l'insomnie, des troubles nerveux hystériformes, et un grand affaiblissement général. L'hydrothérapie, alternée avec des bains salins de courte durée et l'usage de l'eau minérale chlorurée sodique sulfureuse en boisson, modifièrent notablement tous ces symptômes, et une seconde cure, l'année suivante, dans les mêmes conditions, compléta la guérison.

Un second cas de prurit vulvaire a été observé chez une dame de quarante-six ans, au moment de la ménopause; le prurit vulvaire avait été précédé de poussées d'urticaire pendant plusieurs mois et son apparition coïncida avec la cessation de ces poussées d'urticaire.

Les trois autres cas étaient en rapport avec des accidents d'hystérie; dans deux cas, le prurit s'était produit à la suite d'autres manifestations hystériques; dans le troisième cas, il semble avoir précédé et sans doute provoqué l'hystérie.

Dans cinq cas de prurit génital chez les hommes, nous avons vu deux cas localisés au gland: l'un, chez un malade atteint d'hypertrophie de la prostate; l'autre, de cystite chronique. Il consistait en crises très intenses, non seulement au méat, mais sur la surface sous-préputiale du gland, précédant ou suivant l'émission de l'urine.

Les trois autres cas de prurit génital, occupant surtout les bourses, concernent des sujets ayant eu des manifestations goutteuses diverses.

Des quatorze cas de prurit simple localisé à la région anale, deux cas concernent des malades arthritiques ayant des hémorroïdes internes, l'un d'eux atteint aussi d'entérite pseudo-membraneuse; huit cas concernent des rhumatisants, dont six ont eu du rhumatisme articulaire, et deux des manifestations abarticulaires (névralgies, coliques hépatiques, angine granuleuse); quatre concernant des goutteux, dont trois articulaires.

Tous ces malades, et aussi ceux atteints de prurit génital, avaient des crises violentes, faisant, de leur affection, une maladie non seulement fort pénible, mais une maladie grave, pouvant avoir pour conséquence un affaiblissement général produit par l'insomnie, des troubles nerveux, et, comme l'a dit Kaposi, l'aliénation mentale et le suicide.

Chez beaucoup d'autres malades, particulièrement des arthritiques, le prurit simple, localisé ou disséminé, se rencontre encore fréquemment, mais fruste, à peine ébauché, et n'inquiétant pas ces malades.

Le prurit intense provoque le grattage qui détermine parfois des lésions (érosions, fissures, éruptions eczémateuses, etc.), selon l'impressionnabilité de la peau. Ces lésions se rencontrent surtout au début de la maladie; plus tard, la peau de la région qui est le siège du prurit s'habitue en quelque sorte au grattage; elle se durcit, elle s'hypertrophie, elle ne s'excorie plus, mais prend une coloration grisâtre, ou même brunâtre, par accumulation du pigment.

En jetant un coup d'œil rétrospectif sur les quarante-quatre cas de prurit simple que nous venons de citer, on voit l'influence que l'arthritisme rhumatismal ou goutteux exerce, comme cause prédisposante, sur l'apparition du prurit. Cette influence est certainement évidente, mais on peut aussi citer bien d'autres origines au prurit simple : c'est ainsi que nous l'avons vu apparaître comme réflexe de troubles utérins, d'une hypertrophie du foie, que nous l'avons vu en rapport avec le diabète, avec l'albuminurie, avec l'hystérie. Mais nous ne pousserons pas plus loin cette énumération qui serait trop longue.

IV. D'une nouvelle forme de kératose, « angio-kératome »,

par le Dr Victor Mibelli (de Sienne).

On sait que *Lebert,* dans son travail classique de 1864, a décrit le premier, sous le nom générique de kératoses, toutes les maladies cutanées qui consistent en une formation exagérée de la substance cornée de l'épiderme.

Ferdinand *Hebra* et son école acceptèrent pleinement la dénomination de *Lebert,* et placèrent les kératoses dans la classe sixième des hypertrophies.

Auspitz, lui-même, qui dans sa classification s'est inspiré aux idées les plus modernes de pathologie générale, place dans la septième classe des épidermoses une première série de maladies, consistant en une anomalie du développement de la substance cornée de l'épiderme, sous la dénomination de kératoses; il distingue cependant les kératoses en trois familles différentes, dont l'une seulement, les hyperkératoses, correspond aux kératoses dans le sens de *Lebert.*

Dernièrement enfin *Unna*(1), tout en assignant la dénomination de fibrokératome aux petites tumeurs cutanées qu'il a étudiées, c'est-à-dire à des productions cutanées qui proviennent d'un tissu conjonctif nouvellement formé et d'une néoformation de l'épiderme avec prépondérance des couches cornées de celui-ci, propose d'appeler simplement kératomes toutes les néo-formations circonscrites de substance cornée sans néoformation de tissu conjonctif. Le kératome de *Unna* serait donc une forme de kératose, dans le sens de *Lebert,* et plus exactement une hyperkératose selon *Auspitz,* mais, dans un sens encore plus restreint, la forme circonscrite de l'hyperkératose, l'hyperkératose à forme de vraie tumeur.

Cela dit, comme il s'agit précisément, dans le cas que j'ai étudié et que je vais exposer, de néoformations cornées spéciales, circonscrites, il m'a semblé que la dénomination de kératome leur était bien appropriée; et je l'ai crue plus convenable que d'autres expressions plus usitées, comme celles de verrue, par exemple, qui a une signification plutôt arbitraire et souvent très différente, suivant les divers auteurs. Et de même que *Unna* trouvait convenable pour

(1) Unna. Das Fibrokeratom. *Deutsche Zeitschr. f. Chirurg.* Bd XII. S. 167.

son cas la dénomination de fibro-kératome pour désigner de petites tumeurs cutanées dans la constitution desquelles entraient, à parties égales, le tissu fibreux dermique et la couche cornée de l'épiderme, de même j'ai cru pouvoir adopter le nom de angio-kératome pour les petites tumeurs que je vais décrire, dans lesquelles on rencontre une formation à la fois angiomateuse et cornée.

Du reste, puisque personne, que je sache, n'a décrit l'altération pathologique qui fait le sujet de cette notice, je pense qu'on me pardonnera la nouveauté du nom. Le lecteur jugera de son exactitude après l'exposé clinique et histologique du cas qui s'y rapporte.

HISTOIRE CLINIQUE.

Louise P..., âgée de quatorze ans, de Rosignano Maritime (province de Pise), depuis quelques années domiciliée à Sienne, dans le pensionnat de Sainte-Catherine, se présente à l'Ambulatoire dermo-syphilopathique de Sienne pour la première fois le 18 avril 1888.

Sujet bien développé, d'une bonne constitution, elle présente seulement une légère teinte chloro-anémique, mais sans aucune manifestation lymphatique bien déclarée, et sans accidents scrofulo-tuberculeux. Elle n'a pas encore eu ses règles. — Les parties du corps sur lesquelles se concentre l'examen objectif sont exclusivement les mains et les pieds.

Sur la surface dorsale des doigts se trouvent de nombreuses petites tumeurs de la grosseur moyenne d'un grain de chanvre; quelques-unes ont une forme globuleuse assez régulière; d'autres ont une forme allongée et un volume plus considérable. Ces petites tumeurs, d'une teinte gris de plomb, qui chez quelques-unes est presque violette et rouge sombre, avec pointillé superficiel plus obscur, sont soulevées et nettement circonscrites sur la peau environnante qui est saine, sans le moindre signe de réaction inflammatoire. Elles sont d'une consistance cornée, avec une surface rugueuse et quelquefois épineuse; et elles sont surtout nombreuses sur la phalange moyenne et sur la phalange unguéale. — De petites taches, à peu près aussi larges qu'un grain de millet, d'un rouge obscur, plus accentué au centre qu'à la périphérie, se trouvent disséminées entre les tumeurs. L'épiderme qui recouvre les taches est dur, presque corné, mais ferme et sans trace d'exfoliation squameuse. — On rencontre aussi sur quelques points des formes de transition entre les taches unies et les petites tumeurs décrites ci-dessus.

La coloration particulière, que j'ai observée sur les taches et sur les tumeurs disparaît complètement sous la pression, pour reparaître aussitôt que la pression a cessé.

Les deux mains sont atteintes par ces altérations sur tous les doigts, quoiqu'en proportion différente. La main gauche offre un plus grand nombre de lésions que la droite.

J'ai dit que les petites tumeurs cornées occupent la face dorsale des doigts; je dois cependant ajouter que l'on en voit aussi quelques-unes sur les côtés, en particulier au pouce, à l'index et au petit doigt. La main gauche en présente en outre sur la face palmaire de l'annulaire et de l'index; elles sont de la grosseur d'une tête d'épingle, acuminées, sèches et dures, d'une coloration rouge obscure au centre.

On observe des lésions semblables à celles des mains sur le dos des orteils, mais elles sont plus rares et moins développées.

L'affection cutanée, que j'ai décrite, n'est en général accompagnée d'aucun phénomène subjectif, ni spontané, ni provoqué par la pression ou par le frottement; il arrive cependant quelquefois, au dire de la malade, que quelques tumeurs causent une légère douleur lorsqu'on les presse. Cependant elles produisent une diminution de liberté dans les mouvements et d'habileté dans l'usage des doigts.

D'après les déclarations de la malade, confirmées par celles des personnes qui l'accompagnent, elle a joui et jouit encore d'une bonne santé. Aucune autre affection cutanée n'a précédé ou accompagné l'affection actuelle, excepté des engelures, auxquelles la jeune fille est sujette chaque hiver, aux mains seulement.

La maladie actuelle n'est pas congénitale. Il paraît qu'elle s'est développée plutôt lentement, et que c'est seulement depuis cinq ans qu'elle s'est manifestée sous la forme typique qu'elle présente en ce moment. Dans le courant de ces dernières années, elle n'a cependant subi aucune modification appréciable.

Après cette première visite, j'ai toujours continué à voir l'enfant de temps en temps, soit dans l'Ambulatoire, soit à domicile. Mon but principal étant d'étudier le cours naturel des altérations que j'ai observées, et d'en expliquer, si possible, la structure et la signification pathologique, je prescrivis, au commencement, des onguents indifférents, et dans la suite j'eus recours à l'excision de quelques tumeurs, comme seule méthode curative, et aussi dans le but de me procurer la matière nécessaire à mon étude.

Pendant le cours de quinze mois, j'ai pu constater que l'aspect général de la maladie cutanée ne s'est pas modifié d'une manière remarquable. Durant le dernier hiver, les engelures sont revenues; mais elles occupaient exclusivement les parties saines des doigts, et elles n'ont en rien modifié l'état de choses précédent. Cependant j'ai pu quelquefois constater sur les doigts la présence de très petites taches rouges ayant tous les caractères de la télangiectasie cutanée simple, qui se trouvaient dans le voisinage d'autres taches déjà un peu soulevées et recouvertes d'un épiderme corné; et j'ai pu suivre le lent développement ultérieur de quelques-unes de ces dernières, jusqu'au moment où elles sont devenues de petites tumeurs, telles que je les ai décrites plus haut. J'ai également observé qu'en hiver surtout les doigts étaient habituellement froids et rouges, et que les taches aussi bien que les tumeurs présentaient une dureté plus grande et une coloration plus sombre en hiver qu'en été.

J'ai pu couper, à des époques différentes, dix des petites tumeurs cornées, et deux des taches planes; et, quoique je n'aie employé aucun moyen anesthétique local, la malade n'a éprouvé, dans toutes ces petites opérations, qu'une faible douleur, très supportable.

Vu le peu de sensibilité de la patiente, j'ai pu effectuer l'excision de la manière la plus usitée pour les recherches histologiques, en circonscrivant la petite tumeur par une incision faite sur les limites de la peau saine, et ensuite en la séparant par dissection d'abord des parties sous-jacentes, de manière à y comprendre le derme profond avec les glandes sudorifères.

L'opération a toujours produit une hémorragie difficile à arrêter; mais la

guérison a eu lieu après quelques jours seulement, par la formation d'une belle cicatrice unie, lisse, à peine visible.

Aucune des tumeurs enlevées, même depuis plus d'un an, n'a jamais présenté de traces de reproduction.

EXAMEN HISTOLOGIQUE.

Des parties enlevées, quelques-unes ont été examinées à l'état frais; d'autres ont été fixées soit dans l'alcool absolu, soit dans le sublimé corrosif, soit dans l'acide osmique à 1 p. 100, soit dans le liquide de *Flemming*, et ensuite renfermées dans la celloïdine, et dans la paraffine d'après les méthodes habituelles.

A l'examen macroscopique, on ne trouvait rien de remarquable dans les petites tumeurs, sauf leur dureté presque cornée, qui permettait de les couper très bien, même à l'état frais, dans la moelle de sureau, sans aucun procédé de durcissement. Celles qui ont été durcies dans l'alcool, et plus encore celles qui ont été traitées avec l'acide osmique ou avec le liquide de *Flemming*, offraient une résistance remarquable à la coupe; ce qui n'empêchait cependant pas d'en faire de très bonnes coupes en séries au microtome.

Pour l'étude histologique d'ensemble, je me suis servi de sections colorées avec le picro-carminate d'ammoniaque (coloration double), et mieux encore d'autres colorées d'abord d'une manière diffuse avec le carmin neutre, et ensuite avec l'hématoxyline de *Bœhmer* pour la coloration des noyaux.

Dans toutes les petites tumeurs enlevées, j'ai rencontré la même forme de lésions qui étaient seulement plus ou moins avancées et étendues. Les altérations histologiques atteignent aussi bien le derme que l'épiderme et modifient les rapports entre les deux couches.

Je décrirai en premier lieu l'aspect général des diverses parties, pour exposer ensuite les changements que ces parties ont subis en conséquence de l'altération principale et plus caractéristique qui a son siège dans le derme papillaire.

Sur les coupes colorées avec le carmin et avec l'hématoxyline, on voit très bien dessinée la structure des couches moyenne et profonde du derme, qui se présentent comme composées de gros faisceaux collagènes entrecoupés de fibres élastiques nombreuses, d'un aspect normal, et toujours isolées, jamais réunies en groupes ou en touffes. De nombreuses cellules fixes de diverses formes, et des cellules migratrices également nombreuses se détachent sur le fond, coloré en rose par le carmin, à cause de leur coloration intense due à l'hématoxyline. Dans quelques-unes des coupes que j'ai examinées, les cellules migratrices, surtout dans les couches supérieures, sont tellement nombreuses qu'elles font penser à un commencement d'infiltration inflammatoire. On voit çà et là entre les divers faisceaux de larges fentes irrégulières, généralement plutôt allongées, qui sont entourées d'un grand nombre d'éléments ovales ou ronds, colorés en violet par l'hématoxyline. Parmi ces fentes, quelques-unes paraissent vides, d'autres remplies de corpuscules rouges; et on en voit sur tous les points du derme, jusqu'au niveau des glandes sudoripares et au voisinage de celles-ci. Les vrais capillaires sanguins sont beaucoup moins nombreux que les espaces décrits ci-dessus et sont toujours un peu dilatés.

A aucune des petites tumeurs que j'ai examinées, je n'ai vu correspondre des follicules pileux ou des glandes sébacées; j'ai au contraire trouvé dans toutes de grosses glandes sudoripares parfaitement normales.

Pour ce qui concerne le derme papillaire, dans les rares parties où il est bien conservé, on observe, constamment, un certain amincissement des papilles, qui semblent déprimées et resserrées. Les vaisseaux capillaires sont évidemment dilatés, et en quelques endroits, au lieu du vaisseau central principal de la papille, on trouve une large lacune de forme cylindrique irrégulière, dirigée verticalement le long de l'axe de la papille même, et remplie de globules sanguins rouges. Je dois ajouter que partout, dans les parties plus élevées du derme, on trouve, en nombre beaucoup plus grand qu'ailleurs, des éléments de cellules migratrices, plutôt volumineuses et de forme ovale ou ronde.

Quant à l'épiderme, on y trouve un épaississement considérable de la couche cornée, que j'ai pu constater sur toutes les coupes que j'ai examinées, mais plus particulièrement et à un degré plus élevé dans celles qui provenaient des parties latérales des doigts.

Là où les altérations particulières, que je décrirai dans la suite, n'existent pas, la couche cornée se présente comme une large zone transparente assez régulière, et d'une structure uniforme. Sur les coupes des morceaux traités avec l'acide osmique, on voit, nettement distinctes, la couche moyenne très transparente et incolore, et les deux couches *basale* et *superficielle* colorées en noir d'ébène. Les deux zones noires, qui représentent ces deux couches, sont d'une largeur uniforme, et l'inférieure est partout un peu plus développée qu'elle n'est ordinairement dans la peau normale de la paume de la main.

Relativement à la couche cornée basale, considérée en elle-même, c'est-à-dire le stratum lucidum de *Vehl*, qui, d'après les recherches de *Unna*, dans les morceaux traités avec l'acide osmique, est, comme l'on sait, formé de la couche noire inférieure et d'une mince zone incolore qui se trouve au-dessous, — je dois dire que dans les coupes très nombreuses que j'ai examinées, j'ai trouvé cette petite zone un peu moins distincte qu'à l'état normal, et un peu effacée du côté de la ligne noire qui lui est superposée.

Sur des coupes de fragments absolument frais, colorées avec le picro-carminate d'ammoniaque selon la méthode de *Ranvier*, j'ai toujours trouvé, en rapport avec la couche *lucide*, une stratification d'éléidine telle qu'elle se trouve, mieux qu'ailleurs, dans la peau de la paume de la main et de la plante du pied. L'éléidine se présentait quelquefois sous forme de petites gouttes irrégulières, fortement serrées les unes contre les autres; d'autres fois, comme de larges flaques répandues, mais toujours en couche un peu plus épaisse que dans la peau de la paume de la main.

En colorant de la même manière, c'est-à-dire avec une solution très faible de picro-carminate et en montant dans la glycérine, sans laver, quelques coupes de fragments longtemps durcis dans l'alcool, l'éléidine n'est plus visible, mais le stratum lucidum apparaît très nettement dessiné comme une zone jaune transparente, homogène et compacte, un peu plus haute qu'à l'état ordinaire, normal. — Le plus grand développement et la consistance du stratum lucidum peuvent être appréciés aussi par la simple coloration au moyen de la safranine, du violet de méthyle, etc.

Dans des préparations traitées avec le liquide de *Flemming*, avec ou sans

coloration par la safranine, l'on voit, comme dans les fragments fixés dans la simple solution osmique, les deux bandes noires correspondant aux couches cornées inférieure et superficielle; ici cependant, on observe sur toutes les coupes que la ligne noire supérieure ne se prolonge pas jusqu'à l'extrême limite de la couche cornée, mais que, par-dessus, se trouve une zone bien distincte, moins obscure et moins étendue de lamelles cornées un peu relâchées, mais cependant toujours rigides et solidement adhérentes.

La structure de la couche cornée moyenne apparaît très claire sur les coupes colorées avec le carmin ou avec l'hématoxyline. Cette couche y est composée de grosses cellules polygonales très adhérentes l'une à l'autre, mais sans être comprimées, à large contour fortement coloré et froncé; souvent on voit dans ces cellules une cavité centrale, claire, au milieu d'un réseau de protoplasma très fin. Le derme moyen offrirait donc dans les petites tumeurs que j'ai examinées, un exemple du type A de la cornéification d'après *Zander* (1), c'est-à-dire le type que l'on observe régulièrement à la paume de la main et à la plante du pied, et qui a été aussi récemment observé par *Kühnemann* dans la verrue vulgaire (2). Je dois toutefois ajouter que sur les préparations colorées avec la safranine en particulier, on voit dans la même couche cornée moyenne, au milieu des cellules semblables à celles que j'ai déjà mentionnées, quelques rares cellules éparses çà et là, beaucoup plus grandes que les premières, complètement et fortement colorées, à contours effacés et possédant un gros noyau très évident.

Dans toutes les tumeurs que j'ai examinées, la couche cornée est traversée par de nombreux conduits sudorifères d'un aspect normal.

Le réseau muqueux de Malpighi est d'aspect très irrégulier, dans les parties qui correspondent aux lésions plus graves du corps papillaire. Là, où ces lésions n'existent pas, ou sont moins prononcées, on ne peut pas dire en général qu'il soit épaissi, ou du moins son épaisseur n'est pas augmentée d'une manière visible, comparée à celle qu'elle est habituellement dans la peau de la paume de la main : toutefois ses prolongements inter-papillaires sont plus larges spécialement au haut, et se terminent le plus souvent en cône, ou se bifurquent à leur extrémité. On rencontre de très rares formes de mitose dans la couche des cellules cylindriques; les cellules épineuses sont normales. La couche granuleuse est généralement épaissie et souvent composée de sept à huit rangées de cellules grandes, polygonales, remplies de nombreuses et volumineuses granulations de kératohyaline, surtout visibles dans les préparations colorées avec l'hématoxyline de *Bœhmer*.

L'altération principale et la plus caractéristique du produit pathologique qui est l'objet de mon examen, occupe le corps papillaire; et d'elle dérivent d'autres altérations secondaires occupant le corps muqueux de *Malpighi* et la couche cornée elle-même.

Quoique les parties périphériques ne soient pas exemptes de semblables altérations, cependant c'est surtout vers le centre que ces altérations sont le mieux développées et le plus typiques.

Dans le derme papillaire, il ne reste plus aucune trace du tissu conjonctif et des autres éléments réguliers de la papille; mais on voit, à leur place, de

(1) Zander. *Archiv für Anat. und Phys.*, 1888, p. 51.
(2) Kühnemann. *Monatsh. für prakt. Derm.*, VIII, Bd. 8.

larges espaces remplis d'éléments figurés du sang. Ces espaces, dont quelques-uns sont simples, les autres divisés par une ou plusieurs cloisons, en partie de forme semi-sphérique ou socciformes, ou en raquette, et en partie fusiformes ou à cône allongé, ont, dans leur ensemble, l'aspect d'un tissu caverneux. Ils sont limités latéralement par des prolongements irréguliers de l'épiderme malpighien qui s'enfoncent presque perpendiculairement très bas, et se divisent en bandes d'épithélium, très minces, tortueuses et irrégulières, qui limitent en partie d'autres espaces hématiques plus profonds. Ces minces prolongements d'épithélium sont disposés de telle sorte qu'en certains points, ils constituent, par leur forme et leur direction tortueuse, une cloison incomplète qui divise partiellement une large cavité en deux cavités plus petites. Cependant, en général, ces cloisons sont constituées simplement par des faisceaux très minces du tissu conjonctif.

Les espaces vasculaires, dont je parle, sont limités en bas par le tissu conjonctif du derme, qui continue même en haut à tapisser toutes les cavités limitées par l'épithélium et duquel tirent également leur origine les cloisons conjonctives déjà mentionnées.

Il existe dans les parties profondes de semblables lacunes vasculaires quelquefois isolées, d'autres fois en connexion avec les premières, ayant leur siège dans le derme proprement dit, et par conséquent uniquement limitées par le tissu conjonctif. Il existe aussi des cavités remplies de globules sanguins rouges dans l'épaisseur du corps de Malpighi, complètement renfermés et limités par le seul épithélium; et l'on voit également de semblables espaces dans la couche cornée, limités uniquement par les éléments de celle-ci.

De ces altérations particulières, on peut constater divers degrés, soit dans la même préparation, soit sur des coupes effectuées en série. Ainsi, des papilles qui présentent des vaisseaux visiblement dilatés, on passe à celles qui contiennent un large espace longitudinal, ou de petites lacunes irrégulières à leur base (toujours remplies d'hématies); et de celles-ci l'on arrive par degré aux plus graves des altérations que j'ai décrites. Dans ces dernières, il n'y a plus rien qui rappelle la structure de la papille, en sorte que les cavités hématiques qui occupent l'espace papillaire semblent, au premier coup d'œil, constituées et limitées seulement par l'épithélium. C'est, en particulier, dans les préparations à coloration double (carmin-hématoxyline) et dans les fragments traités avec le liquide de Flemming et colorés avec la safranine, que l'on réussit à démontrer, adossée aux cellules de Malpighi, une légère couche de cellules conjonctives, qui peuvent se prolonger en bas jusqu'au tissu conjonctif du derme. Les mêmes cellules se prolongent aussi dans les cloisons qui divisent parfois quelques-unes des plus grandes cavités, et là elles se détachent, par leur coloration intense, sur les faisceaux pâles du tissu connectif mou et délicat qui les soutiennent.

La présence de semblables cavités hématiques fait subir non seulement au corps papillaire, mais encore à l'épiderme, des altérations considérables, qui, au moins en grande partie, se comportent comme des phénomènes de compression; là où la lésion est le mieux développée, les cavités ne se bornent pas à la ligne normale des cônes papillaires, mais en général la dépassent plus ou moins en haut, sous forme de cône ou de massue, et compriment les diverses couches de l'épiderme. Dans quelques cas, cette tendance est tellement développée que l'on voit une large cavité qui provient du derme moyen,

traverser en forme de doigt perpendiculaire toute l'épaisseur de l'épiderme, au point d'atteindre la couche cornée superficielle, sans toutefois la dépasser. Ceci se voit facilement même à l'œil nu sur plusieurs préparations. Le corps de Malpighi est naturellement le premier à être aminci par les progrès du cône vasculaire; et aux côtés de celui-ci, on voit ses cellules considérablement allongées, et au sommet, plus que partout ailleurs, aplaties et comprimées, et parfois réduites à une seule rangée de cellules.

La couche granuleuse, qui dans les dépressions de l'épiderme est plus qu'ailleurs hypertrophiée, s'amincit subitement sur les côtés de la cavité hématique qui la comprime; ses cellules s'allongent, et les granules de kératohyaline diminuent considérablement. Et ces lésions vont en augmentant graduellement de bas en haut, de telle sorte qu'au sommet du cône la kératohyaline est à peine reconnaissable. Une chose cependant digne d'être observée, c'est que même dans les points fortement comprimés, où le corps muqueux est réduit à une mince zone de cellules aplaties, on trouve toujours une couche de cellules plus superficielles avec quelques granules qui sont là pour représenter un vestige de couche granuleuse.

Quant à la couche cornée, son amincissement se produit en très grande partie, aux dépens de sa couche moyenne qui, au contact des soulèvements que j'ai décrits, perd complètement son type A et se transforme en bandes de cellules amincies et ondulées, qui se colorent fortement par la safranine. Une telle réduction de la couche cornée moyenne s'aperçoit clairement sur des coupes de morceaux traités par l'acide osmique ou par le liquide de *Flemming*, dans lesquels bandes noires inférieure et superficielle, sont très rapprochées et, dans les points où la compression est au maximum, on les voit se confondre en une seule ligne, de sorte qu'il ne reste plus trace de la couche moyenne.

Comme je l'ai déjà fait observer, les collections hématiques ont leur siège principal dans le corps papillaire, mais on en voit aussi dans le corps de Malpighi au milieu de la couche épineuse, et dans la zone moyenne de la couche cornée. On pourrait par conséquent les désigner par les dénominations respectives de : intra-papillaires, intra-spinales, intra-cornées.

Au moyen de nombreuses coupes en série, on arrive à démontrer que les cavités intra-cornées communiquent avec les intra-spinales voisines, et que celles-ci, à leur tour, sont en rapport avec les espaces intra-papillaires; mais, avec la même méthode d'étude, on constate en même temps que les épanchements hématiques dans l'épaisseur de l'épiderme sont très étendus en surface, et qu'ils communiquent avec les cavités inférieures au moyen de canaux en général très petits.

Pour ce qui concerne le contenu globulaire hématique de ces cavités, il est quelque peu différent, suivant les conditions de la cavité, et aussi suivant la méthode employée pour obtenir la préparation.

Ainsi, en général, les espaces contenus dans le corps papillaire, et tapissés d'une couche non interrompue de cellules conjonctives, sont littéralement remplis de globules rouges amassés en une couche plutôt grosse (même sur des coupes très minces), mais très bien conservés dans leur forme et leur constitution normale; au milieu d'eux, on aperçoit facilement des globules blancs, qui se détachent par leur coloration, et paraissent parfaitement normaux dans les préparations colorées à la safranine. — Dans les préparations

de fragments fixés dans l'alcool, les espaces se montrent complètement remplis, si bien que les globules rouges — jamais les globules blancs — se trouvent immédiatement en contact avec les parois; tandis que dans les fragments traités par l'acide osmique ou par le liquide de *Flemming*, on voit la masse globulaire éloignée des parois, et comme contractée de manière à former un amas central, muriforme, à contours ondulés. — Quoiqu'il en soit du reste, on constate toujours l'intégrité des éléments morphologiques dans les espaces où les parois ont un revêtement continu de cellules conjonctives.

Il arrive cependant de voir dans quelques-uns de ces espaces hématiques, et précisément dans ceux que j'ai décrits en dernier lieu, qui s'avancent vers l'épiderme en forme de cône allongé, qu'il n'est pas possible de suivre le revêtement conjonctif de l'intérieur des parois jusqu'à la partie plus élevée de celles-ci; au contraire, il faut admettre que les éléments hématiques se trouvent en contact immédiat avec la couche très mince de cellules de Malpighi qui ont persisté. Et dans ces cas l'on peut toujours constater que, tandis qu'en bas les globules rouges et blancs sont bien conservés, dans la partie plus élevée du cône, ils sont plus rares, et en grande partie réduits en détritus granuleux amorphes. Quelquefois la partie supérieure de la lacune qui contient un tel détritus est séparée de l'espace inférieur à contenu normal par une cloison très mince; tandis que, en d'autres points, une telle séparation n'existe pas du tout, et l'on a ainsi une cavité mixte, c'est-à-dire en partie vasculaire, en partie représentant un épanchement hématique simple.

Dans les espaces intra-spinaux et intra-cornés, on voit toujours un grand nombre de globules en voie de décomposition au milieu d'autres qui sont sains. Il est cependant digne de remarque que, spécialement dans les lacunes intra-spinales, mais aussi dans les lacunes intra-cornées, le nombre des globules conservés soit beaucoup plus grand que celui des globules altérés. Cette circonstance prouverait comment, bien que lente, un certain degré de circulation doit cependant toujours subsister même dans ces parties, qui ne pourraient pas alors être considérées comme de simples épanchements ou infiltrations hémorragiques; soit peut-être parce que ces cavités intra-épidermiques se trouvent être en communication avec les cavités sous-jacentes, dont la nature vasculaire, et non hémorragique, est évidente après ce qui vient d'être dit.

Dans la couche cornée, outre les cavités qui ont été décrites, l'on rencontre, en certains points, de gros amas irréguliers d'une substance jaune brune constituée par de gros granules amorphes, qui donnent tout à fait l'idée d'anciens foyers hémorragiques, et qui paraissent résulter, en très grande partie, de la dégénération d'un grand nombre de globules rouges entassés et comprimés.

Dans d'autres points, on trouve au contraire des stries allongées dans le sens de la stratification des lamelles cornées, d'aspect homogène, et d'une coloration variant du jaune pâle au jaune-safran, qui représentent plutôt une lente infiltation de substance colorante hématique, que la transformation sur place d'un détritus de globules rouges altérés. Quant à la nature de ces stries colorées occupant la couche cornée, je ne pourrais pas affirmer qu'elles résultassent précisément d'hématine, puisque l'analyse spectrale, que j'ai faite dans ce but, sur quelques préparations, n'a pu me fournir aucun résultat, vu la petite étendue des taches.

Toutefois je ne crois pas qu'il puisse subsister le moindre doute sur leur

origine hématique, moins à cause de leur couleur qu'à cause des circonstances au milieu desquelles elles doivent avoir été produites, comme on le verra mieux encore par la suite.

J'ai parlé plus haut des phénomènes de compression qui se produisent dans l'épiderme : je dois maintenant ajouter deux mots pour mentionner d'autres faits qui ne peuvent pas s'expliquer par une simple compression mécanique, et auxquels doit sans aucun doute contribuer la transsudation d'une certaine quantité de plasma à travers les parois très minces des cavités vasculaires. On voit, en effet, à l'extrémité supérieure arrondie de quelques-unes de ces cavités le corps de Malpighi aminci avec des cellules peu épineuses et des espaces intercellulaires considérablement dilatés.

La déformation des cellules et la dilatation des espaces intercellulaires vont si loin que dans quelques points la continuité entre deux rangs de cellules est tout à fait rompue, et l'on a ainsi comme un espace vide, dirigé horizontalement, et interrompu seulement par quelques restes de cellule dentée en forme de trabécule. Ailleurs encore, le sommet hémisphérique d'une cavité intra-papillaire est plus nettement surmonté d'un espace clair presque semi-lunaire, qui s'y adapte comme un bonnet : cet espace représente tout le corps de Malpighi superposé, mais dégénéré au plus haut degré et réduit à un système réticulé, à grandes mailles limitées par de grosses trabécules, et subdivisées en un réseau très fin par d'autres traits minces et irréguliers : au milieu de ce réseau, on voit des restes de noyaux ou des noyaux entiers et quelquefois aussi des granulations amorphes incolores.

Ces altérations particulières de la couche épineuse, d'après la manière dont elles procèdent et se manifestent dans leur développement plus complet, peuvent évidemment être considérées comme une tentative de formation de vésicule, qui n'atteint pas un développement complet parce que la couche cornée lui oppose une barrière en comprimant fortement les parois, mais qui néanmoins histologiquement est déjà bien caractérisée comme vésicule : d'autant plus que, en raison de cette altération, la couche granuleuse fait complètement défaut, aussi que cela arrive dans tous les cas de formation de vésicules.

Au-dessus de ces espaces du corps muqueux qui sont transformés en réticulum, ou si l'on veut en vésicule, la couche cornée se trouve quelquefois simplement comprimée; d'autres fois, au contraire, elle présente une altération particulière qui correspond exactement à ce que *Unna* a décrit et désigné sous la dénomination de *médullisation* de la couche cornée. C'est-à-dire que l'on voit un petit soulèvement de cette couche qui s'élève un peu à la façon d'une pointe tronquée, et, dans l'intérieur de ce soulèvement, des bandes de substance cornée dirigées soit horizontalement, soit obliquement, et de la rencontre réciproque de ces bandes résultent d'amples cavités ovales ou elliptiques avec leur grand axe dans la direction de la couche cornée. Les bandes cornées contiennent souvent des restes de noyaux qui se colorent avec l'hématoxyline; les cavités paraissent vides à première vue, mais sur les coupes de morceaux traités avec l'acide osmique on les voit complètement occupées par une substance homogène d'une couleur presque violette, et se distinguant nettement de la couleur noire verte des lamelles cornées qui les limitent.

Cette altération est dans certains points bien développée, dans d'autres à peine marquée, et on peut la voir aussi dans des points auxquels ne corres-

pond pas un début de formation de vésicule dans la couche épineuse; mais, en général, elles correspondent toujours à des cavités hématiques, soit intra-papillaires, soit intra-spineuses, ou intra-cornées. Il n'est pas difficile de voir, près de semblables altérations, ces stratifications de substance colorante du sang, que j'ai déjà décrites dans la couche cornée.

Pour compléter ce que j'ai dit, je dois encore ajouter que, ayant examiné aussi quelques-unes des formes planes, enlevées des mains de ma malade, j'ai trouvé que l'altération fondamentale du derme était ici la même que j'ai décrite ci-dessus dans les vrais kératomes. Ici aussi, on trouve d'amples cavités dans le tissu conjonctif du derme contenant des éléments hématiques; ici aussi, dans quelques points, le corps papillaire possède de larges espaces vasculaires qui tendent à se soulever et à comprimer les couches épidermiques. Ces dernières lésions sont néanmoins plus rares et jamais aussi développées que dans les vrais kératomes, et, en somme, nous ne trouvons pas les graves altérations du corps papillaire et de l'épiderme, que nous avons déjà décrites.

Le corps muqueux se présente peu ou pas du tout altéré, et précisement la couche granuleuse n'est pas hypertrophiée et ne présente pas de parties gravement atrophiées. La couche cornée néanmoins est toujours plutôt augmentée d'épaisseur et possède également une constitution lâche, c'est-à-dire le type A de la cornéification déjà notée à propos des vrais kératomes décrits plus haut.

Conclusions.

Si, d'après ce que j'ai dit, nous réunissons ensemble les caractères cliniques et la structure histologique, il ne sera pas difficile de reconnaître que, dans le cas en question, il s'agissait dans chacune des petites tumeurs d'un angiome caverneux d'un côté et d'un kératome de l'autre.

En effet, rien de plus justifié que d'admettre le diagnostic de kératome; premièrement en raison de l'aspect macroscopique des diverses lésions cutanées et de leur dureté cornée particulière qui, même dans les formes planes était bien évidente ; et en outre, en raison des résultats de l'examen histologique qui démontre une hypertrophie remarquable de la couche cornée, particulièrement dans sa partie basale, et une augmentation non moins notable de la couche granuleuse, c'est-à-dire deux faits qui, d'après les dernières recherches de *Kühnemann*, représentent les caractères plus constants et plus spéciaux d'une forme commune de kératome, qui est la verrue vulgaire.

Et il ne me semble pas moins justifié d'admettre aussi une transformation angiomateuse, d'où dérive la forme mixte que je désigne sous le nom de angio-kératome. La nature angiomateuse de chaque lésion paraît manifeste au point de vue clinique, parce qu'elle débute par de petites taches rouges ayant tous les caractères de la télangiectasie cutanée ordinaire, en raison de la présence de petits points superficiels rouge foncé, et en raison de leur couleur générale qui disparaît sous la pression du doigt et qui se modifie par l'influence du froid; et, au point de vue histologique, elle paraît encore plus claire en raison de l'aspect particulier du tissu morbide qui se présente sous la forme de tissu caverneux, c'est-à-dire formé par de larges cavités pleines de globules sanguins normaux, diversement conformées et tapissées par des cellules conjonctives, et séparées par des cloisons conjonctives formant un système de

réticulum à la formation duquel concourent aussi les prolongements de l'épiderme malpighien.

Si maintenant nous voulons rechercher quel est le chemin que ce processus morbide a vraisemblablement suivi dans le tissu cutané, nous devons considérer comme ses points de départ, à la fois l'augmentation considérable des espaces lymphatiques du derme que l'on peut vérifier partout, et l'énorme dilatation des vaisseaux, des papilles, dans les points où celles-ci ne sont pas encore trop altérées.

Cependant, en voyant que dans quelques lésions (formes planes) où l'aspect angiomateux est cliniquement manifeste, et où le microscope montre seulement le début de la transformation caverneuse du corps papillaire, en voyant qu'ici on trouve justement dans le derme moyen et profond de larges espaces remplis de globules rouges et ayant la ressemblance la plus complète avec de véritables lacunes lymphatiques qu'on trouve vides; en considérant que de tels espaces au milieu du derme se trouvent toujours aussi dans les petites tumeurs qui présentent la dilatation des vaisseaux du corps papillaire la plus manifeste, on en arrive naturellement à l'idée que la dilatation des vaisseaux des papilles n'est pas le premier point de départ de la formation angiomateuse, mais qu'il se trouve plutôt dans la constante dilatation des lacunes lymphatiques.

Dans cette dernière pensée, démontrée par les choses que j'ai exposées, j'admettrais qu'un ralentissement persistant de la circulation périphérique des mains, démontré dans mon cas par des faits cliniques (refroidissement des doigts, couleur cyanotique, engelures), provoque la dilatation des espaces lymphatiques et des vaisseaux capillaires eux-mêmes, d'où l'extravasation de globules rouges hors des vaisseaux et passage de ces derniers dans les lacunes lymphatiques.

D'un tel passage, je me hâte de le dire, je n'ai pas la preuve directe; mais malgré cela l'explication que j'ai cru pouvoir donner des faits observés — qu'on peut considérer comme une application de l'ancienne théorie de *Rokitanski*, sur la formation de l'angiome caverneux en général — me semble la seule possible dans un cas d'angiome, dans lequel on ne pouvait pas démontrer la formation de nouveaux vaisseaux, et où, au contraire, était manifeste la dilatation des vaisseaux sanguins et des espaces lymphatiques du derme, et la transformation de ces derniers en cavités hématiques.

On comprend aisément que, puisque les espaces lymphatiques contiennent une grande quantité de globules rouges entassés, s'il existait auparavant un ralentissement de la circulation, il est d'autant plus augmenté par cette raison, et il se réfléchit d'autant plus sur les vaisseaux papillaires déjà dilatés, qui se dilatent énormément et se transforment en cavités vasculaires d'un angiome caverneux. Et comme ces cavités trouvent un obstacle à leur dilatation dans les couches épidermiques, il en résulte des phénomènes de compression dans quelques points de l'épiderme; dans d'autres endroits, des épanchements hématiques; ailleurs des transsudations séreuses, la formation de vésicules et de cavités médullaires dans la couche cornée.

Il reste encore à expliquer la raison de la grande hypertrophie de la couche cornée qui se manifeste particulièrement sous la forme de véritables kératomes.

Nous ne pouvons pas considérer ce fait indépendamment de la transformation angiomateuse du derme qui lui correspond, puisque toutes les petites

tumeurs qu'on observe sur la main malade se présentent toujours cliniquement et histologiquement comme des angio-kératomes et jamais comme des kératomes purs. Il est clair, au contraire, que l'hypertrophie de la couche cornée doit être secondaire à des lésions vasculaires du derme, puisque celles-ci sont les premières à se manifester cliniquement, et le microscope démontre que, de plus, là ou les lésions angiomateuses sont moins graves, l'hypertrophie de la couche cornée est aussi moins prononcée. Mais de quelle manière la lésion primitive donne lieu à cette dernière, ce serait là un point difficile à décider nettement, d'autant plus que, malgré les dernières études sur le processus de la cornéification dans la peau normale, nous ne possédons pas encore des connaissances assez précises sur ce processus pour pouvoir les appliquer à l'explication des cas pathologiques.

Si on pouvait donner quelque valeur à des raisonnements par analogie, on pourrait prendre en considération des faits déjà bien connus — à savoir que, dans tous les kératomes en général, il existe une forte dilatation et une injection des vaisseaux avec ralentissement du courant sanguin, et que aussi, dans le fibro-kératome (*Unna*), il existe de la dilatation des lacunes lymphatiques — et d'après ces faits, conclure qu'un ralentissement de la circulation facilite l'augmentation de la couche cornée en particulier sans produire une hypertrophie concomitante du corps muqueux *in toto;* puisque, en effet, le relâchement de la circulation détermine une augmentation dans l'apport des sucs nutritifs aux cellules épidermiques; mais en même temps leurs échanges gazeux viennent à être beaucoup diminués, et par conséquent la normale oxygénation leur fait défaut. Les cellules épidermiques se trouvent aussi placées dans la condition la plus favorable au processus de cornéification, c'est-à-dire dans la même condition où nous tâchons de le placer, lorsque nous appliquons des médicaments réducteurs sur la peau malade. Cette condition influence naturellement en premier lieu la couche cornée dans sa zone basale, qui, devenue plus grosse et plus solide, d'un côté comprime le corps malpighien et l'empêche d'augmenter d'épaisseur, et de l'autre côté permet aux cellules de la couche cornée moyenne de se développer sans se relâcher, mais au contraire en restant très près les unes des autres, fortement unies comme elles se sont formées: d'où l'accumulation de ces dernières cellules en une couche considérablement plus épaisse qu'à l'état normal.

V. Pruritus hiemalis,

par M. le Dr Moraga Porras (de Santiago, Chili).

Hai ciertas dermatosis, que, por mas que se las estudie constantemente, no se llegan a definir de una manera cientifica, mui facilmente : tál es lo que me ha sucedido con la enfermedad que encabeza estas lineas.

Senores,

Desde tiempo atrás, durante una práctica de siete años dedicados casi en absoluto a la Dermatologià, me ha llamado mucho la atencion ciertas altera-

ciones mórbidas de la cútis, que solo se manifiestan por sintomas exclusivamente subgetivos, sin lesion apreciable del tegumento cutáneo.

Por esta razón, siempre mi diagnóstico ha sido incompleto e imperfecto. Aqui en Chile, más que en los Estados Unidos de America y que en Europa, son más comúnes las afecciones de la piel, caracterizadas por una hiperestesia o exageracion de la sensibilidad. Pues bien, habiendo seguido la marcha de multitud de casos de esta clase y observado la persistencia tenás de los sintomas y ótros signos, he tenido que convencerme, que habia algo mas que estudiar en las dermatosis que llamamos, « prurito cutaneo. » Todos mis colegas de Chile, habran tenido oportunidad de observar en su práctica diaria, muchos cásos de esta dermatosis de natúraleza desconocida, que, sin producir lesiones apreciables en la cútis, por sus sintomas subgetivos, amarga considerablemente la vida del paciente, hasta producir la desesperacion de las familias.

Estas alteraciones mórbidas, que a primera vista nos parecen insignificantes, por no venir acompañadas de sintomas obgetivos, son, por sus consecuencias, de gràn interes en la practica, y por eso han sido el tema favorito de ciertos dermatólogos.

Hai en estos enfermos una irritabilidad tal de la cútis, que la menor impresión, el cambio de rópas, de domicilio, las alteraciones atmosfericas, las sens aciones de dolor, placer, tristeza, producen tál aumento de la sensibilidad, que se tradúcen por las más violentas comezones.

De un momento á otro, el acceso calma y el paciente queda mui bien. Mas, este descanso, que para algunos es de dias, no es mas que de algunas hóras solamente, para ótros.

Estas intensas comezones, van acompañadas de una sensacion sumamente íncomoda de cosquilles, escozor y ardor, que oblígan al enfermo a huir de la cama ó del punto dónde se hálla.

Si se observa la piel de los puntos atacados, no se nota en un principio la menor alteracion.

Esta enfermedad, cuyos carácteres hémos estudiado á la lijera, es la dermatosis que Duhring describio en 1874, bajo il nombre de « *Pruritus hiemalis* » y que Kaposi y otros llaman, « *Prurito del invierno* », « *Prurito de Duhring.* »

Podemos, pues, definir, desde luego, esta afeccion : Una dermatósis, generalmente crónica, caracterizada por una hiperestesia agudisima de la piel, acompañada de sansacioñes de quemadura, cosquilleo, ardor é intensas comezones, sin lesiones apreciables de la cútis.

Etiologia. — Mucho se han discutido las causas que producen esta afeccion. Algunos, como Besnier, creen que es debida a un temperamento artrítico. Pero, los muchos casos que he observado, jamas los he constatado en personas reumaticas o gotosas.

Otros créen, que los cámbios atmosfericos tienen un papel sumamente importante. Yo pienso, despues de muchas observaciones, que en realidad, las modificaciones de la atmósfera tienen una importancia indudable sobre la produccíon, desarrollo y mantenimiento de la enfermedad cutañea que tratamos. He visto enfermos que, creyéndose completamente curados de su pruritus hiémalis, han vuelto a padecerlo una véz que ha llegado la estacion de invierno.

Este es un hecho, que todo practico puede facilmente constatar aquí en Chile, y que prueba suficientemente el caracter y la influencía atmosférica sobre la enfermedad. El cambio de ropas, cuando llega la estacion de los frios, se ha invocado igualmente : creo que hai razones para nó dudar del tódo de la influencia de dicha causa. Puedo citar áeste respecto, el càso de una Señorita, que le venia el acceso siempre que se cambiaba ropa.

Se ha invocado tambien, por lo menos como causa coadjuvante, la alimentacion. En efecto, hai ciertos enfermos que los he visto sufrir el ataque, déspues de tomar una tasa de té o café. Creo igualmente, que, son perjudiciales a estos enfermos, los alimentos cargados de especias o de mui dificil digestion : trufas, helados de frutas, melon, ostras, mariscos, salchichas, queso, etc.

Durante mi práctica, he podido constatar tambien, que esta enfermedad aparece de preferencia en las personas linfáticas, anémicas, escrofulosas y que aparece en la mujer, con las alteraciones menstruales y sobre tódo con las enfermedades del aparato sexual. Puedo asegurar, como prueba de mi aserto, que, en casi todas las mujeres en quienes he observado el pruritus hiemalis, estaba relacioñado con cambios y alteraciones mórbidas de los órganos de la generacion. No habría cierta relacio entre ambos procesos?

Puede ser; pero mis investigaciones, apesar de la proligidad con que las he hecho, nada me prueban a este respecto. En buenos terminos, creo que las principales causas que producen esta enfermedad en Chile, son : los cambios atmosfericos y los temperamentos linfaticos o escrofulosos, ligados o nó a otras afecciones.

Naturaleza de la enfermedad. — Cuando uno ha visto varios enfermos de pruritus hiemalis, le llama pronto la atencion, la persistencia del mal, las variaciones que esperimenta al entrar el invierno y el verano, la intensidad anormal de las comezones y la irritabilidad particular de la piel. En un principio, fia en su diagnostico y se crée estar en presencia de un simple « prurito cutáneo ». Mas, apesar de esta conviccion intima del principio, poco a poco, se nóta, tomando en consideracion la marcha y otros síntomas, que hémos cometido un error de diagnostico.

Convencido de esta verdad, con el fin de estudiar cientificamente el proceso anatomo-patologico, he hecho varias preparaciones al microscopio, para investigar la existencia de algun parasito. Sin embargo, apesar de no haber hallado parásito alguno, no vacilo un instante y trabajo todavia por completar mis observaciones, que totavia las considero deficientes é imperfectas. Puede ser que otro, más afortunado que yó y con más conocimientos, descubra lo que yó he buscado con tanto ahinco.

Sintomas. — El pruritus hiemalis, ataca al rico y al pobre, al hombre y á la mujer, siendo mas frecuente en las personas del sexo femenino. Aparece, de regla, a principios de otoño o del iñvierno y desaparece, parcialmente, durante el veráno. La enfermedad se presenta comunmente por accesos, que duran una dos y acún más horas y que se presentan de preferencia durante la noche. El ataque nocturno, calma cuando aparece el dia. La enfermedad, puede durar días, meses y años. El acceso está caracterizado, por comezones intensísimas, que obligan al enfermo a rascarse con vehemencia y que además, van accompañadas de sensacíones de quemadura, ardor, cosquilleo y un escozor sumamente molesto. Llega, en ocaciones, a tál intensidad el grado de

las comezones, que los enfermos arracan desesperados de su cama, y aún legan a desear la muerte..

En la mayor parte de los cásos, sobre todo cuando la afeccion ha durado algun tiempo, hai perversion de las facultades mentales del enfermo ; producida sin duda, por la constante preócupacíon de su lamentable sítuación.

El pruritus hiemalis, ataca preferentemente las extremidades y las partes desprovistas de pelos. Así se le vé, en las pierñas, rodillas, muzlos, masa glútea. Esto en cuanto a los sintomas subgetivos.

Veamos, ahora, las lesiones que produce un proceso como el que venimos estudiando. Realmente, en el principio de la enfermedad, no se observa la meno alteracion de la cutis; sólo algunas pequeñas escoriaciones, sín importancia. Más, cuando la afeccion dura seis, ocho, diez mesés un año, se nótan generalmente entonces, algunas modificaciones del tegumento cutaneo. Como es natural, los constantes rasquidos, producen escoriaciones e inflamaciones, que se manifiestan por pápulas pequeñas, secas, aplanadas, que seméjan la « carne de gallina ». I la dermatosis llamada prurigo; pero no son nunca tan prominentes como en esta afeccion. Estas irritaciones, repetidas constantemente, ocacionan, como es natural, después de algun tiempo, una hipertrofia mas o menos marcada de la piel. En tales cásos, la parte enferma es perfectamente marcada por una pigmentacion más a menos pronunciada.

Estas modificaciones de la cútis son caracteristicas de la enfermedad de que tratamos o son conscecutivas a los sintomas subgetivos que ella produce? Pienso qne más bien es esto último.

Apesas de tódo, comunmente la salud general no desmejora. Más, en multitad de cásos, sobre todo cuando otra enfermedad acompaña este estado, creo que el pruritus hiémalis contribuye en alto grado a debilitar la salud del paciente.

He visto una señorita, que además del pruritus, tenia una leucorrea antigua que llegó a ser un catarro cervical despues de 4 meses de enfermedad, quedar sumamente anémica.

Muchos autores, creen, que la enfermedad misma, no altera la salud general; más, yo pienso, que en la mayoria de los cásos, por los sintomas subgetivos de que viene acompañada y sobre todo, por esa profunda alteracion psiquica que se apodera del enfermo, origina desarreglos en la nutrícion y como consecuencia, contribuye en alto grado, al debilitamiento del paciente.

Par otra parte autores notables piensan, que la secrecion glandular no súfre y que, si se verifican en élla algunas alteraciones, como caida de los pélos, inflamacion de los foliculos, más bien deben atribuirse a los rasquidos constantes del enfermo. El hecho es, que en un enfermo de « pruritus hiemalis la piel está seca, rugosa, dúra, poco flexible, ligeramente escamosa (se exfolia), dando al tacto una sensacim aspera especial. Quó nos indican estos signos? Fijándo donos en el papel fisiologico del sistema glandular, no será extemporaneo concluir, que dicha accion esta modificada. ¿ En que consiste esta modificacion? Fuera de una disminúcion de la secrecion sebacea y sudoripa, no hallo otra explicacion más própia y lógica qué dar. Que las inflamaciones de las glándulas sean consecuencia obligada de los rasquidos, está bien; pero no es posible atribuir á esta misma causa, esa sequedad especial, acompañada de falta de flexibilidad, aspereza y poca elasticidad de la piel.

Il aqui, para hacer resaltar mejor los síntomas de esta dermatosis, me voi a permitir citar un caso.

N. N..., Chilena, de 22 años de edad, natural de Santiago, soltera, me llamó a su casa en el mès de mayo de 1888. Me dijo la paciente, que hacia como un año sufria unas comezones terribles a los muslos, region glutea y vulva, que dicha afeccion le sobrevenia generalmente durante el invierno, manifestandose por ataques, caracterizados por comezónes intensisimas, ardor, sensacion de cosquilleo y que se exásperan durante la noche. Estos accesos le sobrevenian dos, trés y aun cuatro veces en las 24 horas, durando cada uno más de 25 minutos. Por fin, la paciente lamentaba su situacion y pedia algun alivio a tantos sufrimientos.

Examiné atentamente la parte enferma y no pude constatar lesion alguna apreciable, fuera de una pigmentacion poco marcada, sequedady dureza de la piel. Créi, al mismo tiempo, que era necesario el examen por medio del especulum y constate un catarro cervical de antigua data. Realmente, para hacer mi diagnostico, no pude menos que vacilar; pues yá habiá observado multitud de cásos, en los cuales, nome habiá sido posible formarme una idea completa. Despues de muchos exámenes repetidos y teniendo presente el cuadro que dia a dia observava, siempre mas o ménos identico, no púde poner en dúda que me hallaba en presencia de un « pruritus hiemalis ».

En efecto, lo traté por los diferentes médios aconsejados en éstos casos, y de los que despuēs hablaré, quedando la enferma completamente buena, después de dos méses de constante y variado tratamiento.

Cuando la enfermedad esta relacionada con un temperamento linfático o una alteracion mórbida del aparato sexual en la mujer, generalmente sigue una marcha crónica. He visto un cáso en una Señorita que padecia una leucorrea, que habiendo curado ésta, desaparecio tambien el pruritus; lo que prueba la relacion immediata que hai entre una y otra afeccion.

Diagnostico. — Se diferencia del *simple prurito cutaneo*, *dermatalgia*, en la localisacion de la afeccion, que cómo dejamos dicho, ataca principalmente las estremidades y superficies desprovistas de pélos; en la marcha generalmente crónica; en que apareca casi exclusivamente en el invierno; en que communmente va acompañado de una constitucion linfatica y por fin, en la intensidad de los sintomas subgetivos.

Del prurigo. — En que éste aparece communente precedido de una urticaria, complicada de una erupcion papulosa, mas o ménos intensa; en que la pigmentacion y exfoliacion epidermica es en el prurigo, mucho más abundante; del mismo modo, hai en éste hipertrofia glandular; y por fin, la abundancia de la erupcion papulosa caracteristica, desde un principio.

De la sarna. — En que en ésta, puede notarse el surco trasado por el acarus; en su localisacion y módo de principiar, que se presenta generalmente en las manos; en la forma eruptiva que la acompaña desde el principio y sobretodo, en la presencia del parasito, *acarus scabiei.* Con la keratosis pilar y afecciones pediculares, casi no es posible la confusion.

Pronostico. — En general, puede decirse que es un tanto gráve; sobre todo si la enfermedad durá mas de tres meses y va acompañada de algun estado constitucional especial, escrofuloso, linfatico, etc.

Tratamiento. — Duhring aconsejá en los cásos de Pruritus hiemalis, la aplicacion de pomadas emolientes y de la vaselina asociada a la glicerina.

No he podido obtener ningun resultado con este método; salvo, en algunos cásos, un ligero alivío. Más, tomaudo en cuenta lo capríchoso de la enfermedad, que en ocacíones produce buen resultado un medicamento y en otras ninguno, puede ser que haya cásos curados por el sistema de mi referencia. Yo he usado multitud de medicamentos, que, á decir verdad, en muchos cásos, solo he empleado tomando en cuenta sus propiedades mas o menos anestesicas. Sin embargo, no podria, accepcion de uno o dós, decir cuál lléna mejor la indicacíon; pues, como dego dicho, los que sánan una vez, no tienen efecto alguno póco después.

Una de las primeras condicíones que me parece conveniente llenar ántes de instituir el tratamiento y mientras se continúa, es, proteger el punto enfermo del contacto del aire. Con tal objeto, he usado el algodon salicílico o carbólico, índistíntamente: sustancías que ademas de sus propiedades antisepticas obran disminuyendo un tanto las comezones.

Las aplicaciones externas, que mejores efectos me han producido, son las siguientes : Agua distillata de rosas, borato sodico y morfina; bromuro de potasa, id. de alcanfor, agua de laurel cerezo y agua de rosas; agua comun y muriato de cocaina (3 a 4 0/0); agua, acido cianidrico medicinal (2 à 3 0/0); pomadas de benzoato de zinc y vaseliná; de ictiól, glicerina y benzóato de zinc; de alconfor, vaselína y goudron; de acido salícílico y vaseliná; de sublimado, cold-cream y vaseliná; etc., etc.

Debo declarar francamente, despues de la enumeracion que precede, que, el medicamento que mejór efecto me ha producido, es el sublimado; sea en solución concentrada (1 0/0) o en pomada.

Sin embargo, el acido salícílico y cocaina, constituyen, tambien mui buenos medios. Otra tanto díre del benzoato de zinc y del soluto de acido cianhidrico, etc.

En un principio, la curacion se hace dos o très veces al dia; ya poniendo una compresa imbibida en el soluto empleado y aplícandola después a la parte enferma, ya una pomada : cubriendo todo con una capa de algodon fenicado o salícilico y un bendaje.

Por supuesto, al mismo tiempo, haí que curar la enfermadad, de la cuál se tiene sospechas contribuya a la persistencia o produccíon del mal.

El regimien relativo a los alimentos y la proscripcíon de toda betida escitante, constituyen una medicacion necesaria.

Otro tanto puede decirse del cambio de ropas; débe hacerse, si es posible, a la misma temperatura y sin mudar, de repente, las de franela por las de hilo y vice versa.

Evitar las estufas y la salidas de una piesa abrigada a otra deshabitada y fria, es mui conveniente.

Conclusiones.

1° El Pruritus hiemalis es una dermatosis mui frecuente en Chile;

2° Sobreviene casi exclusivamente durante el invierno; desapareciendo, por lo ménos parcialmente en verano;

3° Se caracteriza por ataques, mas o menos frecuentes, principalmente nocturnos, de intensísimas a comezones, acompañadas de sansaciones de escozor, ardor y quemaduras, sin lesiones notables de la píel;

4° Las lesiones conscecutivas, que muchas véces se notan en la cútis, son mas bien consecuencia de los rasquidos que de la misma enfermedad;

5° Los cambios atmosferícos, las enfermedados del aparato sexual de la mujer, los temperamentos escrofulosos, el límfatismo, los cambios de ropas, etc., se dán como principales causas;

6° Por la íntensidad de sus sintomas, por su localisacion casi siempre la misma, por el modo de presentarse, por su reaparicion periódica en el invierno, etc. : ¿ No se tratará de una afeccion parasitaria?...

7° En général, cuando la afeccion se prolonga algun tiempo y sobre todo, cuando vá acompañado de otras enfermedades, el estado de salud del paciente decáe notablemente;

8° Hasta hoi, no hai tratamento alguno especifico;

9° De los medicamentos mas empleados, el sublimado, el acido salícilico, la cocaina, el benzoato de zinc, son los que me han producido mejores resultados;

10° La vaselina y glicerina, recomendada por Duhring, no da resultados practicos;

11° Parece que el regimen en la comida y bebida, es un medio coadyuvante muí bueno para obtener la curacion.

VI. Un cas de pemphigus diphthéritique,

par le Dr Valassopoulo,
Médecin de l'hôpital grec d'Alexandrie (Égypte).

L'objet de cette communication est un cas de pemphigus diphthéritique récidivant, que j'ai cru intéressant de présenter au Congrès, vu sa rareté. Hebra (*Traité des maladies de la peau*, traduction Doyon, vol. I, page 816) n'a observé qu'un cas de cette maladie; d'autres en parlent d'une manière évasive.

Le malade est un jeune homme de vingt-quatre ans; il est asthmatique depuis l'âge de trois ans. La maladie a fait son apparition, il y a douze ans, de la manière suivante. Sans aucune cause, il a vu apparaître sur le prépuce une vésicule à contenu transparent de la grosseur d'une tête d'épingle. Elle était accompagnée de démangeaison. Les jours suivants, cette vésicule s'est rompue et a donné naissance à une fausse membrane blanchâtre, qui suintait un liquide aqueux. Peu à peu cette fausse membrane s'est étendue dans toutes les directions, en faisant le tour du prépuce et du gland. Au fur et à mesure que la maladie s'étendait, les parties qui avaient été atteintes les premières guérissaient. Cet état a duré neuf mois.

Depuis lors, il y a une éruption tous les ans avec les mêmes caractères et de durée variant de quatre, six, neuf mois.

Nous l'avons soigné pour deux éruptions du même genre, et voici ce que nous avons constaté. (Nous avons visité malheureusement le malade quand la fausse membrane était déjà formée et avait envahi une bonne partie du prépuce et du gland; mais le malade nous affirme que le commencement a été toujours le même, c'est-à-dire par une petite vésicule.)

Le pénis est gros et rouge, même sur les endroits qui ne sont pas le siège des fausses membranes. Celles-ci présentent une épaisseur de 3 à 4 millimètres et se laissent détacher difficilement.

Le malade coupe quelquefois la fausse membrane avec les ciseaux, mais deux heures après une nouvelle couche blanchâtre apparaît.

Il n'y a pas d'ulcération en dessous. La fausse membrane suinte un liquide transparent et assez abondant.

Il est à noter que le progrès de la maladie ne se fait pas par des éruptions successives des vésicules; c'est la fausse membrane qui s'étend par couches fines, qui s'épaississent les jours suivants. C'est du moins ce que le malade affirme. La durée d'évolution de la fausse membrane sur une région est de dix à quinze jours. La guérison s'effectue comme nous avons dit plus haut, c'est-à-dire après une durée variable, les fausses membranes s'enlèvent plus facilement, laissant la muqueuse rouge et luisante. Notons que la maladie ne dépasse jamais la muqueuse du gland et du prépuce.

Il y a neuf mois, il a contracté un chancre syphilitique qui a guéri sans encombre, et qui a été suivi quelque temps après de phénomènes secondaires. Une nouvelle apparition de son ancienne éruption a suivi de près la guérison du chancre, et la syphilis n'a modifié en rien l'évolution et les caractères des fausses membranes.

Il y a six ans, il a eu une éruption semblable au cuir chevelu. La fausse membrane moins épaisse que sur le pénis a atteint la largeur d'une pièce de 2 francs et a guéri en moins de temps.

Une éruption pareille a eu lieu, il y a un an et demi, sur la face antéro-externe de la jambe et à sa moitié inférieure; la plaque pseudo-membraneuse a atteint les dimensions d'une pièce de 5 francs et a duré plusieurs mois. Le malade nous affirme que les éruptions ont commencé par des vésicules comme sur le pénis.

Comme traitement, il a essayé un peu de tout; mais, selon l'affirmation du malade qui a acquis une grande expérience sur son affection, il n'y a que l'arsenic à l'intérieur et l'acide phénique comme topique qui ont montré le plus d'efficacité. Pourtant, même avec ce traitement, la durée de la maladie a été toujours longue. Il faut noter pourtant qu'il n'a jamais dû garder le lit.

Nous ne croyons pas avoir fait une erreur de diagnostic. Il n'y a guère que l'herpès avec qui on puisse confondre cette affection. Mais l'herpès préputialis ne ressemble ni de près, ni de loin, à cette singulière affection pseudo-membraneuse.

VII. Le naphtol dans les maladies de la peau,

par M. le Dr Vineta-Bellaserra (de Barcelone),

Professeur libre de dermatologie et de syphiligraphie.

Ayant employé beaucoup le naphtol dans plusieurs maladies de la peau, chez mes clients depuis 1881, je vais parler de l'action de ce médicament et des résultats que j'en ai obtenus.

Inutile de donner des explications sur ce médicament très connu. Ce nouvel agent médicamenteux donnera sans nul doute de grands bénéfices à la thérapeutique cutanée; mais il a parfois de sérieux accidents qui contre-indiquent son emploi et dont je donnerai les détails.

Voici le tableau des maladies de la peau traitées par moi depuis 1881 jusqu'à 1889 sous le régime du naphtol.

	HOMMES		FEMMES		
Eczéma	151	+	203	=	354
Gale	120		117		237
Psoriasis	56		47		103
Séborrhée huileuse du cuir chevelu	43		56		99
Prurigo formicans	29		33		62
Pytiriasis versicolore	20		31		51
Phthiriase ou pédiculose	15		17		32
Icthyose	8		13		21
Prurigo senilis	5		12		17
Lupus érythémateux	0		5		5
Total	447	+	534	=	981

Le traitement de l'eczéma, par le naphtol, ne donne pas les mêmes résultats dans toutes ses formes et périodes ; mais il n'y a toutefois aucun médicament qui manifeste dans cette maladie une action plus rapide, intense, et irritante sur la peau. Sur ce point, nous sommes parfaitement d'accord avec le professeur Kaposi; et nous parlons de l'eczéma, indépendant d'autres affections, puisque les symptômes de la gale, du prurit, etc... tolèrent très bien le naphtol, et dans ces cas il a une action curative assez notable. Il en est de même dans la période squameuse de l'eczéma idiopathique et dans la phthiriase.

Le naphtol est pour ainsi dire le remède le plus efficace de tous ceux employés contre la gale; c'est aussi le plus agréable; il est aussi également supérieur à tous les autres agents médicamenteux, tant par la rapidité de ses effets comme par l'action salutaire qu'il exerce sur la peau.

Dans l'eczéma constitutionel, nous n'avons pas obtenu, avec l'emploi du naphtol, les résultats indiqués par quelques auteurs, puisque dans les cas d'eczéma aigu ou vésiculeux ce médicament agit comme irritant, et cette substance a été seulement d'une véritable utilité dans certains eczémas squameux du cuir chevelu. Comme remède contre le psoriasis, nous pouvons placer le naphtol à la hauteur de la chrysarobine et de l'acide pyrogallique au point de vue de l'efficacité.

TROUBLES PROVOQUÉS PAR L'USAGE DU NAPHTOL

Urétrite, vulvite et vaginite naphtolique. — On sait que le naphtol est absorbé par la peau, et éliminé en substance par les reins avec les urines, c'est-à-dire sans présenter de modification, de sorte que cette substance exerçant une action irritante particulièrement sur les muqueuses, cela explique parfaitement qu'à son passage par l'urètre elle provoque une urétrite par

contact. Les mêmes conséquences se produisent chez les femmes, soumises à son action, produisant une vulvite et vaginite par contact. Nous avons eu occasion d'observer plusieurs cas de ce genre sur des malades soumis à nos soins, et il est à constater qu'aucun de ces cas n'a été remarqué, ni mentionné par aucun auteur. Le diagnostic se trouve confirmé par ce fait que si l'on cesse l'emploi du naphtol, les accidents disparaissent.

Dans un cas, nous avons vu chez une malade affectée de psoriasis survenir un prurit vulvaire si intense, que seuls les calmants à hautes doses et la suppression du naphtol purent modifier l'affection consécutive.

Hémoglobinurie naphtolique. — Cet accident provoqué par l'action du naphtol, a été observé chez quelques-uns de mes malades, ainsi que sur des cobayes, chiens et chats sur lesquels j'ai fait des expériences qui m'ont prouvé et parfaitement démontré qu'une dose élevée de naphtol produit l'hémoglobinurie. Ainsi donc il n'y a pas à être surpris de la présence de cette altération sanguine, quand pour des cas de psoriasis, de gale et d'icthyose, les patients ont été obligés de se frictionner sur de grandes surfaces pendant plusieurs jours consécutifs; sachant en même temps que le naphtol est immédiatement absorbé, et qu'on reconnaît ses vestiges, douze heures après son application surtout sur les plaques de psoriasis où la réabsorption est beaucoup plus active. Souvenez-vous de l'enfant cité et traité par le professeur Kaposi, lequel étant affecté de prurigo et traité par cette drogue rendit des urines sanguinolentes, et présenta en même temps tous les symptômes d'une maladie de Bright aiguë. Les recherches faites par le Dr Mautner, élève du professeur Ludwig, démontrent que la cause des changements survenus dans l'urine consiste dans la présence d'une quantité considérable de naphtol. Le professeur Kaposi a démontré que l'urine naphtolique trouble devient transparente quand on y ajoute une petite quantité d'alcool; ce qui permet de supposer que l'urine contient du naphtol à l'état de liberté. Le Dr Mautner a recueilli du naphtol pur dans les urines de malades soumis à ce traitement.

Maintenant que nous avons exposé sommairement l'action favorable du naphtol et ses périls, nous allons exposer les conclusions que je suis arrivé à formuler avec l'espérance qu'elles seront bien reçues et appréciées par les médecins qui ont eu l'occasion d'employer cet agent médicamenteux.

Conclusions.

1° Le naphtol est seulement efficace dans l'eczéma symptomatique de la gale, dans le prurigo et l'ichtyose. Également aussi dans la période squameuse de l'eczéma idiopathique, de la séborrhée huileuse du cuir chevelu et de la phthiriase.

2° Cette substance ayant une grande action sur les reins, on devra examiner tous les jours et avec attention l'état des urines des malades pendant leur traitement et ne pas l'employer en cas de néphrite antérieure ou bien le faire avec la plus minutieuse précaution, parce que l'altération rénale produite par le naphtol augmenterait et ramènerait l'affection préexistante. D'autre part, la néphrite amène ou détermine une diminution dans l'élimination du naphtol du sang, et comme conséquence, malgré qu'on en emploie une dose soi-disant inoffensive, elle pourrait arriver à s'accumuler dans le liquide sanguin, dans

des proportions dangereuses et finalement donner comme résultat une dissolution de ce liquide avec hémoglobinurie.

3° L'examen de l'urine, les proportions dans la sécrétion et l'excrétion urinaire, les modifications qui se produisent dans le sang, ne se distinguent en rien de celles qui s'observent dans d'autres cas de dissolution de ce liquide, comme l'ont signalé quelques auteurs. Nonobstant, ce n'est pas cette raison qui puisse confirmer sa valeur comme remède dans la thérapeutique cutanée.

4° Il est bon de se mettre en garde contre une application excessive et énergique de ce médicament, puisqu'il existe dans l'arsenal thérapeutique d'autres substances d'effets analogues qui n'ont pas les inconvénients signalés, et qui doivent par conséquent être préférées au naphtol.

VIII. Action de l'acide picrique sur la peau étudiée au point de vue médico-légal,

par le Dr Vineta-Bellaserra (de Barcelone),

Professeur libre de dermatologie et de syphiligraphie.

Après avoir visité dans Barcelone plusieurs fabriques de teinture et ayant observé sur la peau des ouvriers les différentes colorations artificielles dont ils usent pour leur industrie, je fus surpris de la couleur jaune produite par l'acide picrique, coloration qui, à première vue, peut se confondre avec les ictères passagers survenant dans le cours des affections fébriles ou constituant par eux-mêmes le phénomène clinique prédominant et de même dans les ictères chroniques.

Cette coloration jaune m'a fait beaucoup réfléchir, parce que son emploi peut donner lieu à la simulation ictérique pratiquée par des criminels ou par ceux qui veulent se soustraire au service militaire. Les criminels, quand il s'agit de la simulation, usent de tous les moyens imaginables, en recourant à la science ; or, cette même science a le devoir de posséder des armes égales pour combattre leurs sinistres attentats.

Donnons un exemple : un individu commet un crime en présence d'un nombre déterminé de personnes ; le criminel s'échappe des mains de l'autorité, ainsi que de la haine du peuple, tandis que sa physionomie reste malgré tout gravée dans la mémoire des spectateurs. Mais si ce criminel porte la barbe, il peut se la raser à l'instant, et de plus, au moyen d'un pulvérisateur, se pulvériser tout le corps avec une solution d'acide picrique au millième, ce qui fait que, en quelques minutes, il est complètement transformé et reste ictérique en apparence. Cet individu, pour dépister la justice, entre dans un hôpital, trompe le médecin, lequel se croit en présence d'une affection hépatique ou des voies biliaires, et le traite comme tel ; il peut encore prendre la voie ferrée pour se transporter dans une autre localité, ou passer à l'étranger et être l'objet de la compassion de ses compagnons de voyage qui se trouvent en présence de cette face ictérique sans comprendre jusqu'où peut aller l'instinct du criminel. De la même façon, l'individu qui veut se soustraire au service

militaire peut employer les mêmes moyens et simuler une maladie qu'il n'a réellement pas.

Tous ces faits, et autres pareils qui pourraient avoir lieu, m'ont suggéré l'idée de faire quelques expériences qui, malgré leur simplicité, peuvent rendre de grands services au médecin chargé de l'expertise.

Voici comment je procède : je prends un pulvérisateur à vapeur, et je pulvérise par tout le corps une solution aqueuse d'acide picrique au millième, cela suffit. Au bout de quelques moments, deux ou trois minutes, le teint jaune ictérique apparaît. Si l'on frictionne la peau avec cette même solution, elle donne aussi la même teinte jaune, mais non la même égalité de couleur sur toute la surface de la peau, comme cela s'obtient avec le pulvérisateur à vapeur. Le pulvérisateur ordinaire de Richardson ne réussit pas aussi bien.

En présence d'un cas pareil, le médecin doit donc d'abord chercher la cause de cette jaunisse; la responsabilité des médecins a été parfois engagée dans d'autres circonstances semblables : on doit examiner le criminel, etc., et faire les constatations que comporte la maladie simulée. C'est là le côté important de la question et la démonstration de sa haute utilité sociale. Si nous regardons le côté médico-légal, il a aussi son importance, et on ne s'en est guère occupé jusqu'à ce jour au point de vue pratique. Voyons donc si telle est, en effet, la limite extrême de l'expertise; considérons le degré de certitude qu'il est possible d'acquérir dans ces sortes d'affaires, uniquement par l'examen du criminel ou du simulateur.

Nous devons mettre à part certains faits d'intoxication saturnine; la constatation d'une jaunisse permanente impose presque nécessairement à l'esprit l'idée d'un ictère vrai résultant d'une rétention biliaire, mais comme il s'agit toujours d'une imprégnation générale qui atteint à la fois les téguments, les viscères et toute l'économie, etc., alors les faits se présentant sous un autre aspect, et les symptômes sont d'un ordre différent.

Au premier abord, nous devons chercher s'il s'agit d'un ictère mécanique ou par résorption, d'un ictère par défaut de sécrétion, d'un ictère hématique, d'un ictère hémaphéique (ictère mixte de Gubler) ou d'un ictère par résorption intestinale. La rétention de la bile dans les voies biliaires détermine dans le parenchyme hépatique des modifications particulières; en même temps que son absence dans l'intestin apporte divers troubles dans la digestion et l'absorption, comme l'indique avec raison M. le professeur Straus dans son livre, *Des ictères chroniques*. D'autre part, la présence des éléments propres de la bile (acides et pigment) dans le sang, en même temps que la non-élimination des substances dont le foie est la voie d'excrétion, amène dans le milieu intérieur des modifications de composition qui troublent le fonctionnement de divers organes et tissus. Aussi, ne voulant pas sortir du terrain où nous nous sommes placé jusque-là, ces faits n'ont pas lieu de nous retenir davantage.

M. Straus dit très bien, en parlant de la symptomatologie de l'ictère, que le plus caractéristique des symptômes, celui qui implique l'idée même de l'affection, est la *coloration de la peau.* Les individus atteints d'ictère chronique présentent tous, dans une limite variable, un certain nombre de symptômes communs qu'il faut ramener à l'imprégnation de l'économie par le pigment et par les acides biliaires. Cette coloration de la peau est précédée par celle des conjonctives, et, en même temps qu'elle se manifeste, les produits de sécrétion, eux aussi, prennent une teinte jaune plus ou moins

apparente. La pigmention cutanée n'est pas d'emblée très accusée. Peu perceptible d'abord, puis plus ou moins accentuée, suivant les régions, elle passe, à mesure que l'affection progresse, du jaune soufre pâle à un jaune foncé quelquefois verdâtre. Parfois même, elle devient verte, et d'un vert si foncé qu'on a rangé les cas dans lesquels elle atteint ce degré de coloration sous la dénomination d'ictères noirs.

Malgré la variété des colorations suivant les régions, malgré la manifestation plus rapide de la pigmentation en certains points, l'ictère est toujours général. L'ictère partiel serait physiologiquement incompréhensible, la matière colorante de la bile étant transportée dans tous les organes par le sang. C'est dans le réseau de Malpighi que se dépose la matière colorante : aussi les cellules des couches profondes ont-elles une teinte foncée et contiennent-elles des molécules brunes (Gubler), tandis que les cellules plus superficielles sont plus pâles. C'est ce qui explique la persistance de la pigmentation de la peau, alors que l'urine ne contient plus de matière colorante. L'ictère, en tant que manifestation cutanée, n'a totalement disparu que lorsque la desquamation des cellules colorées s'est effectuée complètement. La cause de la pigmentation peut donc avoir disparu bien avant l'ictère lui-même.

Le xanthélasma est peut-être la maladie la moins bien connue du médecin en général, je parle surtout des altérations de la peau qui se rattachent à l'ictère chronique. Cet ictère a une marche essentiellement chronique: il dure des mois, des années, jusqu'à sept ans. L'élimination du pigment biliaire s'effectuant non seulement par les reins, mais aussi par les glandes sudoripares et sébacées, il n'est pas étonnant de voir la sueur donner une teinte jaune évidente au linge qui recouvre l'aisselle et les autres parties de la peau où la sécrétion a une grande activité. La quantité de matière colorante éliminée par les glandes sudoripares est toujours très insignifiante en comparaison de ce qui est expulsé par les reins.

La xanthopsie est un symptôme très rare de l'ictère; elle est caractérisée par ce fait que les malades voient les objets colorés en jaune, surtout les objets blancs. Cette anomalie de la vision, habituellement transitoire, n'est aucunement en rapport avec l'intensité de l'ictère. On peut avec une dose de 55 à 65 centigrammes de santonate de soude provoquer sur soi-même une exanthopsie artificielle. D'après quelques auteurs, en particulier M. Murchison « la santonine se transforme sous l'action des alcalis du sang en une matière colorante d'un jaune verdâtre, etc.; et la vision jaune provient, sans nul doute, de l'action que le sérum du sang exerce sur la rétine; elle cesse dès que la santonine est éliminée par les reins ».

La pigmentation n'est pas particulière à la peau et aux muqueuses; d'autres tissus y participent. Le tissu cellulo-adipeux devient jaune citron. Les séreuses, les membranes fibreuses, le tissu connectif, les parois des vaisseaux, la substance osseuse et dentaire se colorent aussi plus ou moins; le tissu cartilagineux à un moindre degré. Les muscles prennent eux aussi une teinte jaune due essentiellement à la coloration des parties conjonctives qui entrent dans leur composition.

Messieurs, j'ai tenu à faire cette sommaire et indispensable explication sur les ictères chroniques si admirablement décrits par le professeur Straus, et pour donner une légère idée de diagnostic différentiel de l'ictère artificiel objet de notre communication.

Conclusions.

1° L'ictère artificiel a beaucoup d'affinité et de ressemblance avec celui du xanthelasma, mais il lui manque les taches, les lignes, ou les nodules qui généralement se présentent dans cette dernière affection.

2° L'ictère artificiel étant une coloration jaune produite sur la peau par l'acide picrique, attaque et colore seulement la surface externe de l'épiderme; tandis que dans les ictères chroniques la matière colorante de la bile envahit presque toujours tous les tissus, ainsi que les humeurs et les excrétions.

3° Au moindre soupçon de l'existence de ce faux ictère, vous mouillez ou humectez les parties imprégnées de cette couleur jaune ou mieux encore lavez-les avec de l'eau, eau savonneuse, ou alcool, ou autre substance dissolvante de cette drogue; si vous l'effacez alors, vous démontrerez avec certitude la présence de l'acide picrique et vous constaterez par suite la simulation.

IX. Valeur diagnostique de la tolérance des iodures dans la syphilis,

par J. William White,

Docteur en médecine, professeur de chirurgie clinique à l'Université de Pennsylvanie, chirurgien de l'hôpital de Philadelphie et de l'hôpital allemand.

Dans un article intéressant sur les affections syphilitiques du système nerveux, M. le professeur H. C. Wood, écrivant sur la syphilis cérébrale, dit ceci : Dans tous les cas de diagnostic douteux on devrait adopter l'épreuve thérapeutique, et si soixante grains d'iodure de potasse par jour ne produisent pas l'iodisme, pour tout but pratique on peut considérer la personne en question comme étant syphilitique. Dans un article subséquent, il revient sur ce sujet : « Mon expérience m'a démontré, dit-il, comme une proposition dont la vérité est établie, que dans la syphilis nerveuse il y a ordinairement une tolérance extraordinaire pour l'iodure, de sorte que presque tous les sujets syphilitiques peuvent prendre des doses de vingt grains et même très souvent répétées; il est vrai qu'il y a en vérité quelques personnes souffrant de syphilis certaine et chez lesquelles cette tolérance n'existe pas, mais de tels cas sont exceptionnels. Il y a très peu de personnes en bonne santé qui peuvent prendre à la fois l'iodure en grandes quantités sans des inconvénients sérieux, et il y a encore beaucoup plus de personnes chez lesquelles la tolérance de l'iodure peut être établie en commençant par de petites doses et en les augmentant de temps à autre. Le plus grand nombre des personnes cependant qui n'ont aucune affection syphilitique ne peuvent prendre plus de dix grains d'iodure trois fois par jour sans présenter d'iodisme, à moins que ce ne soit comme résultat d'usage continuel du remède. Quand les iodures sont tolérés par un

individu de santé normale, on peut dire qu'il a une sorte d'idiosyncrasie qui en fait une exception à la règle générale. Chez les syphilitiques, cette règle est toute différente, et quand la personne souffrant de la syphilis ne peut supporter les iodures le manque de tolérance est l'effet d'une idiosyncrasie. C'est-à-dire que l'individu est une exception à la règle générale. Le nombre des exceptions à la règle dans l'un ou l'autre cas est si indifférent que, en pratique, quand nous trouvons qu'une personne peut supporter de grandes quantités d'iodures, la probabilité que cette personne souffre d'infection est si forte qu'elle justifie le diagnostic de syphilis si la tolérance de l'iodure est accompagnée de symptômes de maladies organiques inexplicables. Jullien déclare que l'existence de la syphilis contribue d'une manière puissante à la production de la tolérance des iodures. De fait, l'expérience prouve que chez les personnes qui n'ont aucun indice de cette maladie les phénomènes toxiques de l'iodisme sont bien plus à craindre. De la même manière, un antidote peut devenir dangereux ou même fatal quand l'organisme n'est pas sous l'influence du poison auquel on l'oppose. Ces remarques, si elles sont bien fondées, contiennent une leçon pratique de la plus haute valeur, pour le diagnose des cas obscurs soupçonnés d'être d'origine syphilitique. Si elles sont mal fondées, elles sont propres à induire en de sérieuses erreurs. M. le Dr Wood se contente d'énoncer simplement ce qui peut être seulement un fait clinique confirmé par son expérience dans un grand nombre de cas de lésions du système nerveux. Jullien émet de plus la théorie que l'empoisonnement iodique ressemble à la trop forte action d'un antidote sur le poison pour lequel on l'avait administré. Il semble croire que ceci offre une explication satisfaisante des faits. Nous voyons donc un neurologiste distingué d'un côté et un syphilographe également renommé de l'autre se mettre d'accord pour penser que, dans des cas douteux, l'absence de l'iodisme en donnant de grandes doses d'iodures peut être considéré comme un indice de syphilis. C'est une question à laquelle tout médecin praticien doit s'intéresser; si ce qu'on a avancé est correct, la vérité doit en être établie sans contredit par l'expérience collective de tous les membres de la profession; si ce n'est pas correct, c'est comme je l'ai déjà dit une chose qui peut avoir des effets bien dangereux.

En examinant d'abord l'assertion de M. le Dr Wood qui fonde son opinion sur son expérience personnelle, il ne faut pas perdre de vue que, considérant la probabilité de ces cas comme l'évidence négative, elle ne peut être considérée, aussi puissante que celle qui est affirmative. En d'autres termes, tandis que l'on est prêt à admettre que la disparition soudaine de symptômes cérébraux graves après l'emploi de fortes doses d'iodures est une évidence puissante et présomptive que la cause de ces symptômes était la syphilis, cependant de l'autre côté si un cas semblable ne répondait pas aux mêmes doses par la disparition également prompte des symptômes, il serait dangereux de conclure que la maladie n'était pas spécifique. Si, cependant, dans ce dernier cas, de fortes doses d'iodures manquaient de produire l'état connu sous le nom d'iodisme, serait-il sérieux de fonder les traitements à venir sur ce fait et de croire que, malgré la persistance des symptômes, la maladie était probablement spécifique.

Le mot « *iodisme* » doit bien se comprendre comme renfermant les formes variées de l'intoxication iodique les plus communes, à savoir l'irritation gastro-intestinale, le coryza, le larmoiement, la dépression mentale, le tintement et

une éruption pustuleuse d'acné sur la surface cutanée du corps. Tandis que cette éruption pustuleuse est l'exanthème le plus fréquent produit par les iodures, il est vrai comme ceci l'a été démontré il y a longtemps par Ricord qu'il n'existe presque aucune forme d'éruption cutanée que ne puisse produire l'iodure. Bumstead (*American Journal of medical Sciences*, p. 99, juillet 1871) a décrit un cas de pemphigus causé par l'iodure de potassium, et Boinet cite Cazenave comme ayant vu un cas semblable. Depuis, Tilbury Fox, Duhring, Finny, Duckworth, Thin et plusieurs autres mentionnés par M. le Dr George F. Duffy (*Dublin Journal of the Medical Sciences*, 1er avril 1880) dans un article sur le purpura iodique, ont tous fait mention de cas semblables. Hyde, de Chicago, a écrit deux articles sur l'éruption bulleuse produite par les iodures dont on peut trouver des extraits, ainsi que d'autres traitant ce sujet dans une monographie intitulée : « l'Iodisme », publiée à Paris par M. le Dr E. Bradley, en 1887. On a observé le purpura, le plus sérieux résultat de l'influence de l'iodure sur la peau dans un grand nombre de cas, et il a été amplement décrit dans l'article ci-dessus mentionné. Il semble probable que ces formes variées des maladies de la peau doivent leur origine à la présence de quantités plus ou moins grandes d'iode libre dans les tissus, quoique ceci n'ait pas été démontré.

Binz (*Revue des Sciences médicales,* tome V, page 485) pense que sous l'action de l'oxygène du sang et de l'acide carbonique des tissus, l'iodure de potassium est transformé en bicarbonate de potasse avec mise en liberté de l'iode libre. Kaemmerer décrit ce changement comme ayant lieu dans le sang et non dans les tissus. On a donné diverses théories physiologiques et pathologiques pour expliquer les symptômes cutanés. Bogolopoff affirme que l'iodure produit une dilatation rapide des vaisseaux périphériques. Sée pense que la contraction des artères est un symptôme d'intoxication iodique. Hutchinson décrit une variété qu'il croit être causée par la thrombose des capillaires. Minich et d'autres ont attribué ces symptômes à une dégénérescence graisseuse des capillaires et à une paralysie vaso motrice. D'autres les ont attribués aux changements que subit le sang dans le purpura, changements associés à la diminution du chiffre de la fibrine. L'analyse de sang purpurique par Parks, Gounod et d'autres, démontre toutefois que dans ce sang la quantité de fibrine peut être trop élevée. Nélaton pense que le purpura est dû à l'atonie des vaisseaux sanguins, associée à une fluidité anomale du sang. Thin (*Medico-Chirurg. Transactions*, vol. LXII, page 199, 1879) dit que « la cause des éruptions iodiques semble tenir à ce que, dans l'état où l'iode existe dans le sang, il attaque et altère les vaisseaux sanguins en certains points localisés. Comme résultat de cette irritation des parois du vaisseau, il y a une irruption de fluide sanguin dans le tissu environnant. » Il est d'avis que les papules de l'acné iodique, les pemphigus et le purpura représentent différents degrés d'altérations dans les vaisseaux sanguins. Le premier est l'effet de l'œdème limité avec congestion; le second est dû à une effusion de sérum avec une quantité plus ou moins considérable d'éléments figurés du sang; le troisième à la destruction des parois du vaisseau et à l'hémorragie.

Des examens microscopiques faits sur des sujets morts pendant l'existence d'éruptions iodiques semblent avoir confirmé ces observations.

Duckworth a signalé la relation de la néphrite chronique avec l'iodisme, croyant que quand l'élimination est réduite par une maladie du rein le médi-

cament reste plus longtemps en contact avec les tissus. Fournier a mentionné (*Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie*, vol. I, 1877) quinze cas de purpura causé par l'usage de l'iodure chez des sujets syphilitiques, les doses ayant été modérées, les malades de santé ordinaire et sans aucune tendance aux hémorragies.

Hyde dit que des éruptions cutanées l'une est étiologiquement séparée de toutes les autres. « Que les autres soient des phénomènes réflexes, vasomoteurs ou tropho-neurotiques ou qu'ils soient dus en partie aux efforts abortifs de l'élimination de l'iode par les émonctoires, il est certain que de graves formes de purpura, quelquefois même alarmantes par leur intensité, peuvent se produire après que la tolérance complète a été établie, et sont plus développées sur les extrémités inférieures et sur l'abdomen. Ceci, il n'y a pas le moindre doute, est dû à la faiblesse des capillaires vasculaires (probablement déterminée par une intoxication syphilitique et iodique de longue date) condition qui n'est pas bien différente de quelques cas mentionnés d'hémophilie dus à la syphilis héréditaire. M. le Dr Duffey, dans le précieux travail auquel sont empruntées plusieurs des citations ci-dessus mentionnées ainsi qu'un grand nombre d'autres cas, dit que dans la majorité des cas d'éruptions iodo-potassiques qui ont été cités, l'éruption paraissait quelques jours après que le médicament avait été administré, et dans beaucoup de cas après l'usage de petites quantités d'iodure, et que l'on ne peut donc affirmer qu'aucune saturation de l'organisme par l'iode ou par les iodures alcalins soit nécessaire pour produire l'iodisme.

M. le Dr Mackenzie a relaté un cas de mort d'un enfant syphilitique après l'administration d'une simple dose de 2 grains et demi d'iodure de potassium, et Ricord (cité par Virchow et Duffey) dit qu'il a observé le purpura chez un sujet syphilitique quand il administrait de l'iodure de potassium. Il est sûr qu'il existe certaines idiosyncrasies qui rendent l'usage de l'iodure impossible, quelle qu'en soit la dose. Il y a longtemps que M. Hutchinson a aussi déclaré que la cause des éruptions iodo-potassiques dépend bien plus des idiosyncrasies de l'individu que de la dose administrée. M. le Dr Henry Mead a mentionné (*Dublin Journal of the Medical Sciences*, page 328, 1880) que, d'après son expérience, la quantité de la dose d'iodure de potassium ne joue pas une part importante pour produire les effets toxiques du médicament, car il a souvent vu les mêmes effets produits par de très petites doses aussi bien que par de fortes doses. Duffey dit que la moitié des malades qu'il a connus atteints de purpura iodique étaient syphilitiques. Farquharson dit que la seule raison à invoquer dans beaucoup de cas semble être une idiosyncrarie individuelle du malade; mais que, de temps en temps, une explication plus plausible peut se donner quand nous trouvons une maladie cardiaque ou rénale coïncidant avec l'éruption pustuleuse d'iodure de potassium. Taylor et d'autres croient que l'intolérance se voit plus souvent au commencement du traitement, tandis que le malade prend de petites doses et qu'elle disparaît par la tolérance si l'on persiste à administrer le médicament. Taylor dit : « Le secret de beaucoup de cas repose sur le fait qu'une nécessité cruelle force à continuer de donner ces médicaments et l'on n'est pas arrêté par l'intolérance. »

Chez les sujets syphilitiques, de même que chez les sujets sains, l'intolérance d'un jour peut être remplacée par une condition d'assimilation au bout d'un mois, d'un an ou de plusieurs années.

« Je me rappelle le cas d'un homme qui avait une infiltration gommeuse du voile du palais et qui semblait intolérant à l'iodure de potassium. Je persévérai cependant et son intolérance cessa avant que l'infiltration fut résorbée. Quatre ans plus tard, il eut une pachyméningite syphilitique, prit de fortes doses d'iodure, ne montra aucune intolérance et sa santé fut rétablie. »

En rapport avec cela, je désire rappeler un cas de « dermatite d'origine iodique » rapporté et décrit par moi. (*New-York Medical Journal*, 3 novembre 1888.)

Le malade, syphilitique depuis trois ans, souffrait la nuit de douleurs de tête, non fixes, mais qui étaient plus marquées au front et aux yeux. Pendant six jours, il prit 20 grains d'iodure trois fois par jour, dans les six jours suivants il prit 25 grains; alors la dose fut augmentée jusqu'à 40 grains et eut pour effet de produire en quinze heures une des plus graves éruptions iodiques connues. De plus fortes doses étant nécessaires, elles furent données sans intermission. Les lésions cutanées cessèrent et les maux de tête disparurent. La rate était volumineuse, mais les reins étaient sains.

Les citations déjà faites serviront assez à démontrer la variété d'opinions qui existe, quant à la cause essentielle de l'iodisme, la majorité des opinions semblant être en faveur de l'opinion de M. le Dr Thin qui attribue les maladies de peau pour le moins à l'effet de l'iode libre sur les vaisseaux sanguins. Que ceci soit correct ou non, ou même si l'on doit attribuer la production de l'iodisme à quelque qualité inconnue des tissus dont nous cachons notre ignorance sous le nom d'idiosyncrasie, il est également difficile de comprendre pourquoi l'existence de la syphilis, et surtout de la syphilis tardive, doit exercer quelque influence préventive. La théorie de Jullien qui explique la tolérance de fortes doses d'iodure par les sujets syphilitiques par la présence d'un poison, dont la destruction, suppose-t-il, a le pouvoir d'épuiser l'activité du médicament, est à peine soutenable. Chez le plus grand nombre des sujets syphilitiques, les indications de l'iodure n'existent qu'à la période avancée ou tertiaire. La syphilis est alors devenue non-symétrique, non-contagieuse, et, dans beaucoup de cas, intransmissible, et il est très peu probable qu'aucun virus n'existe sous n'importe quelle forme qui puisse neutraliser l'effet de l'iode ou des iodures, de manière à empêcher par ce moyen leur action sur les tissus sains. Il est évident que si la théorie en question (c'est-à-dire que la tolérance de fortes doses d'iodure est, toutes les autres choses étant égales, symptomatique ou indicative de l'existence de syphilis), doit se baser sur l'évidence clinique, les cas qui la supportent, ou qui peuvent être présentés comme arguments pour ou contre, doivent être très rares et devraient comprendre seulement ceux où l'on a eu des occasions de comparer chez le même individu l'action de fortes doses d'iodure avant et après la syphilis. Si l'influence écrasante et prédominante de l' « idiosyncrasie » est admise, cela devient une erreur de supposer que des arguments spéciaux, quant à l'existence ou l'absence d'aucune maladie, peuvent résulter de la production ou de l'absence de l'iodisme. Le plus grand nombre des cas de syphilis qui s'offrent à l'observation des spécialistes neurologistes sont arrivés à une phase avancée et les difficultés de diagnostic sont considérablement augmentées. Tandis qu'il est juste de supposer que la disparition soudaine du coma, de la stupeur, de l'épilepsie, de douleurs de crâne, de paralysie motrice et d'hémiplégie sous l'influence de doses fortes ou faibles d'iodures, donne une évidence présomp-

tive qu'il s'agit de syphilis, nous ne pouvons cependant affirmer que la persistance de ces symptômes avec l'usage fréquent des iodures vienne à l'encontre de leur origine syphilitique. Seguin (*Archives of Medicine*, Vol. XII, page 128, 1884) a attiré notre attention sur ce fait, que depuis Heubner a démontré, que très souvent dans la syphilis cérébrale la lésion consiste dans l'oblitération des grandes artères, produisant l'ischémie d'une région cérébrale, suivie de mort ou de ramollissement, il nous faut modifier notre pronostic et notre traitement.

Du moment qu'un tissu cérébral est soumis à une telle épreuve, il est mort et ne peut plus être restauré par aucune quantité d'iodure de potassium ou de tout autre médicament. La lésion syphilitique, en d'autres mots, peut être sujette à de certains traitements, tandis qu'il est impossible d'en faire autant pour les conséquences, or si, dans un tel cas, l'iodure de potassium était administré sans résultat mais avec production d'iodisme, après avoir donné de petites ou de fortes doses, nous pourrions être enclins à conclure selon les opinions de MM. Wood et Jullien, que le cas n'était pas spécifique, le manque de guérison et la présence d'iodisme amenant tous les deux à cette conclusion. Ceci pourrait faire négliger le traitement qui est de la plus haute importance pour le malade, car quoi qu'il ne soit pas possible de reproduire un tissu déjà ramolli et désagrégé, on pourrait facilement prévenir l'extension de l'élément spécifique du progrès de la maladie. On pourrait prolonger la vie même si l'on ne pouvait entièrement rétablir la santé. Si, d'un autre côté, nous avons affaire à un cas d'encéphalite ou de ramollissement apoplectique ou embolique dû à d'autres causes mais avec un soupçon de syphilis, et si l'idiosyncrasie du malade permet l'emploi de fortes doses d'iodures sans la production d'iodisme, nous pouvons être enclins par la règle ci-dessus mentionnée à abandonner un traitement judicieux du cas, pour une croyance inexcusable aux effets spécifiques du traitement.

J'ai cherché dans la littérature de la syphilis, et dans les travaux sur l'action thérapeutique et toxique des iodures, si je trouvais quelque fait confirmant cette théorie, mais je suis arrivé à peu de résultats. Dans la discussion produite par le travail de M. le Dr Duffey, M. le Dr Barton, de Dublin, dit que c'était un fait bien connu que l'iodure de potassium agissait de manières différentes chez un sujet syphilitique que chez d'autres personnes, et que de fortes doses étaient données à de tels malades pendant plusieurs mois sans produire aucune éruption, et je trouve plusieurs assertions semblables indiquant que la même opinion est assez répandue, mais je ne l'ai trouvée avancée par aucun syphiligraphe, sauf par Jullien, et le plus grand nombre s'accorderait avec M. Hutchinson qui, dans son dernier ouvrage sur la syphilis, dit (p. 60) : « Les éruptions de la peau qui peuvent être produites par les iodures sont très variées dans leurs formes ; elles sont indubitablement dues à l'idiosyncrasie et n'ont que très peu de relation avec la dose donnée ; » et ensuite (p. 30) : « L'iodure de potassium est un de ces remèdes qui chez beaucoup de personnes produisent des effets différents ; un grain peut produire l'iodisme chez les uns, tandis qu'une drachme ne peut le produire dans les autres. Il n'y a peut-être aucun médicament avec lequel l'influence de l'idiosyncrasie soit aussi fréquemment ou plus constamment en jeu. Pour quelques malades même, de très petites doses sont vénéneuses, tandis que la majorité des personnes peuvent en prendre de grandes quantités avec impunité. « M. le

Dr Mc Call Anderson nous donne son expérience sur le même sujet. J'ai souvent donné l'iodure de potassium en grandes quantités, jusqu'à la dose de deux onces par jour, à des sujets non syphilitiques sans produire aucun symptôme désagréable, et je crois que l'iodisme est plus souvent le résultat de petites que de grandes doses. J'ai fréquemment observé un commencement de l'iodisme et généralement après les premières doses de médicament chez les sujets syphilitiques, dans les périodes secondaires et tertiaires, et je me suis aperçu qu'il se produisait aussi fréquemment chez les sujets syphilitiques que chez ceux qui ne l'étaient pas. »

Il y a, toutefois, encore d'autres raisons, tirées de l'observation qui nous autorisent à rejeter la théorie en question. Par exemple, M. le professeur James Stewart, de Montréal, dit à ce sujet : « Comme règle à laquelle il y a sans doute beaucoup d'exceptions, plus est active l'élimination par les reins, moins il est probable qu'il y ait de l'iodisme, parce qu'il y a moins d'élimination à faire à travers la peau et les membranes muqueuses. Moins l'élimination par les reins est forte, plus est grand le danger de l'iodisme. Il y a des preuves cliniques de ce que j'avance ici. M. le Dr George Johnson a surtout attiré notre attention sur la récidive de l'iodisme dans des cas de néphrite chronique. « Il y a deux maladies où les iodures se donnent généralement en grandes quantités et pendant de longues périodes, et où il existe, du moins d'après ce que je puis déterminer, le même degré d'immunité vis-à-vis de l'iodisme que dans la syphilis. Je veux dire l'anévrysme aortique et l'empoisonnement plombique chronique.

M. le Dr Geo-W. Balfour, d'Édimbourg, qui probablement a eu plus d'expérience avec l'iodure de potassium dans l'anévrysme aortique que tout autre auteur vivant, dit, qu'il a vu seulement deux cas d'intolérance complète pour l'iodure. M. le Dr George Ross, de Montréal, qui a traité beaucoup de cas d'anévrysmes aortiques avec l'iodure de potassium, dit qu'il est très rare de trouver des symptômes d'iodisme.

Il faut admettre que dans un certain nombre de cas d'anévrysme aortique le malade est syphilitique. « J'ai traité, pendant cinq ans, plus de vingt cas d'empoisonnement saturnin chronique, et dans aucun je n'ai vu se produire d'iodisme, et, à l'exception d'un seul, il n'y avait aucun indice de syphilis. On peut ajouter à ceci que tous les chirurgiens d'expérience ont observé des exemples de grande tolérance dans certains cas, tels que des ulcères de la langue et des lèvres, considérés d'abord comme des cas syphilitiques, mais que l'on reconnut plus tard être cancéreux.

M. le Dr Otis, de New-York, dit à ce sujet : « J'ai aussi trouvé, dans des cas où le diagnostic était douteux entre le cancer et la syphilis, la plus grande tolérance chez des sujets qui plus tard furent reconnus pour cancéreux. »

Le témoignage des spécialistes dans les maladies nerveuses tend vers la même direction.

M. le Dr Edward Brush, un des médecins de la maison de santé de Pensylvanie, une des plus grandes institutions des États-Unis, dit : « J'ai donné ou j'ai vu donner de fortes doses d'iodures pour des cas de goître, pour certaines affections rhumatismales, pour la pleurésie plastique et dans le traitement de l'anévrysme d'après la méthode de Balfour, et pour des affections variées du cerveau, des méningites chroniques, des tumeurs et des cas d'hydrocéphalie aiguë, etc., et quoique je ne puisse en ce moment consulter mes notes, je suis

certain que la tolérance du médicament était aussi forte dans les non-syphilitiques que dans les syphilitiques.

En faisant des recherches sur ce sujet, j'ai soigneusement consulté mes livres depuis dix ans pour trouver quelques cas dont les circonstances seraient précieuses dans cette discussion.

Je n'ai trouvé que trois cas qui remplissaient les conditions nécessaires que doit renfermer, il me semble, une observation sur l'effet de l'iodure sur le même individu avant et après l'attaque de la syphilis ; et, de plus, l'effet de la même drogue pendant l'existence de symptômes syphilitiques indubitables. Ces cas peuvent se résumer ainsi qu'il suit :

Obs. I. — A. B., Étudiant en médecine, âgé de dix-neuf ans, me consulta en 1877 pour un cas ordinaire de gonorrhée. Pendant ce traitement, il souffrait d'une synovite blennorrhagique qui affecta les jointures des genoux et des poignets. Il fut traité par moi d'après la méthode que j'employais alors, et qui demandait un usage copieux des iodures. Mes notes montrent que, ne produisant aucun soulagement avec de petites doses, le médicament fut donné pendant quelques jours à la dose de trois et même de quatre drachmes par jour, et cela pendant bien longtemps. Il n'y avait aucun symptôme d'iodisme. Ce malade quitta Philadelphie et alla exercer la médecine dans une petite ville de Pensylvanie et je n'entendis plus parler de lui pendant plusieurs années. Il reparut à ma consultation en 1882, ayant une syphilis tertiaire, caractérisée à cette époque par du rupia occupant les quatre membres et la partie inférieure du dos avec ulcérations du voile du palais et du pharynx. Il me dit qu'il était arrivé à cet état sans aucune négligence de sa part, mais qu'après plusieurs efforts pour adopter un traitement spécifique, il avait infailliblement vu que même de petites doses (cinq grains trois ou quatre fois par jour d'iodure de potassium) produisaient les symptômes les plus désagréables. En dépit de cette déclaration, je lui prescrivis le traitement mixte et le surveillai.

Je m'aperçus que la susceptibilité qu'il m'avait décrite existait en réalité, et qu'après avoir pris l'iodure pendant plusieurs jours, son état était vraiment déplorable, le coryza et les symptômes gastro-intestinaux étant particulièrement accusés. Je le guéris enfin en employant alternativement le traitement mixte et le Succus alterans (formule de Mc. Dade).

Obs. II. — Un jeune homme qui avait récemment eu une attaque d'épididymite blennorrhagiqne s'adressa à moi en 1878, en raison de l'induration, qui persistait, laquelle, étant de grandeur exceptionnelle, lui causait beaucoup d'anxiété. Je lui prescrivis des injections et l'iodure de potassium intérieurement, augmentant la dose jusqu'à dix grains, quatre à six fois par jour. Ceci ne produisit aucun effet sur l'induration et il n'y avait aucun symptôme d'iodisme. En 1884, le même jeune homme revint avec une syphilis caractérisée par des nodosités périodiques, des plaques muqueuses ulcérées autour du scrotum et de l'anus, et un large ulcère qui s'accroissait de jour en jour sur l'épine du tibia gauche. En raison de ce dernier symptôme, je le fis entrer dans une chambre particulière à l'hôpital de l'Université et lui fis subir le traitement mixte ; mais je vis qu'il pouvait à peine prendre le tiers de la dose qu'il avait prise autrefois, et que même cette quantité (cinq grains quatre fois par jour) produisait l'acné

pustuleuse avec tendance à la formation de vrais furoncles. Avant sa complète guérison, je fus souvent forcé d'interrompre l'usage de l'iodure et de lui donner de petites doses de solution d'arséniate de potasse.

Obs. III. — J'ai observé le cas suivant depuis que j'ai l'attention éveillée sur ce sujet. Il ne renferme pas, il est vrai, toutes les conditions désirées, mais je le regarde comme précieux et montrant, non seulement l'influence de l'idiosyncrasie individuelle dans la production de l'iodisme, mais de plus que, même en présence de la syphilis active, cette susceptibilité peut varier suivant les époques chez le même individu. Un négociant du nord de l'État de Pensylvanie vint me consulter, il y a un an ou deux, ayant un ecthyma syphilitique très étendu avec un syphiloderme tuberculeux du nez et de la joue. Il fit des progrès très sensibles sous l'influence du traitement mixte et retourna chez lui n'ayant aucun symptôme de la maladie, et après m'avoir écrit deux ou trois lettres, auxquelles je répondis lui recommandant de continuer le traitement, il cessa sa correspondance. Il y quelques semaines, il reparut à ma consultation, dans un état déplorable, y ayant été amené par un ami. Il avait été soudainement atteint d'hémiplégie du côté droit en parlant dans un téléphone quelque temps auparavant, et ce n'était que depuis peu qu'il pouvait marcher et seulement avec la plus grande difficulté. Il était aphasique et était incapable de s'exprimer de manière intelligible ou de comprendre ce qu'on lui disait, à moins que la personne qui lui parlait ne le fît d'une manière très lente et très distincte. Je le soumis immédiatement au traitement mercuriel, et ordonnai dix grains d'iodure de potassium mélangé à du sirop et à de l'extrait fluide de salsepareille quatre fois par jour, puis au bout de quelques jours à six fois par jour. Il y eut amélioration rapide des symptômes nerveux, de sorte qu'au bout de deux semaines de traitement il pouvait marcher sans difficulté et parlait avec beaucoup plus de facilité, mais en même temps il souffrait d'une éruption d'acné iodique très marquée et très irritante. Ceci persista en dépit de l'addition de la solution d'arséniate de potasse au traitement, et il y avait aussi du coryza. Comme cependant, il paraissait bien digérer sa médecine, et que ses symptômes nerveux avaient été si sérieux et menaçants, je continuai à donner l'iodure en dépit des éruptions qu'il produisait. Il eut deux ou trois furoncles graves, des bourdonnements d'oreilles, et enfin commença lorsqu'il prit des doses de vingt grains quatre fois par jour à souffrir sérieusement de diarrhée, de sorte que je fus forcé d'interrompre l'usage du médicament.

On a fait un progrès sensible en employant alternativement le traitement mixte et le Succus Alterans. Les propriétés diurétiques et altérantes de celui-ci le rendent précieux de temps en temps comme adjuvant, surtout chez les malades ayant l'intolérance des iodures, ou dans les cas plus rares où les préparations mercurielles sont nuisibles.

Les cas précédents, quoique tout à fait insuffisants pour généraliser une opinion, me semblent être des exemples assez intéressants parce qu'ils montrent qu'il y a quelque autre élément que l'existence de la syphilis pour déterminer la production ou le manque de production de l'iodisme, et quand il s'y joint l'absence d'indices satisfaisants dans la direction opposée, ils semblent justifier les conclusions suivantes :

1° L'idiosyncrasie personnelle est un agent si puissant dans la production

des symptômes toxiques déterminés par les iodures, qu'elle surpasse toute influence possible due à l'existence de la syphilis.

2° Il n'existe pas de raisons théoriques satisfaisantes pour faire croire que la syphilis, dans n'importe quelle période, empêche la production de l'iodisme par un procédé de neutralisation, et ceci est particulièrement improbable dans les phases avancées.

3° C'est pourquoi il est dangereux de baser aucune conclusion diagnostique sur la présence ou l'absence des symptômes toxiques (iodisme) après l'administration de fortes doses d'iodures.

X. De l'influence de la lumière sur la peau,

par M. le Dr J. Widmark (de Stockholm).

J'ai fait connaître dans une précédente publication (1) diverses recherches relatives à l'influence de la lumière sur les parties antérieures de l'œil. Ces recherches font voir que la lumière solaire et celle de l'arc électrique provoquent sur les parties antérieures de l'œil du lapin une irritation directe, semblable à la cécité produite par la neige et à l'ophtalmie électrique, et que cette irritation est principalement due aux rayons ultra-violets.

La lumière solaire et celle de la lampe à arc donnent également naissance à une affection sur les surfaces découvertes de la peau. Cette affection débute sous la forme d'un érythème, qui dure plusieurs jours, et est suivi d'une forte desquamation épidermique.

Dans la plupart des ouvrages de dermatologie consultés par moi, le coup de soleil cutané a été placé dans le groupe des eczémas caloriques et devrait ainsi être causé par les rayons de chaleur. Mais déjà en 1859, Charcot émettait la supposition qu'il était produit par les rayons ultra-violets, en se basant sur la ressemblance entre le coup de soleil ordinaire et le coup de soleil électrique. Cette dernière affection se montra chez deux personnes observées par lui, quoiqu'elles se trouvassent suffisamment éloignées de la source lumineuse pour rester insensibles à l'élévation de la température (2).

Comme l'affection cutanée se produit dans les mêmes conditions et souvent en même temps que la cécité de la neige ou l'ophthalmie électrique, il y a lieu de supposer que la première de ces maladies est également due aux rayons ultra-violets.

Afin de m'en assurer, j'ai fait une série d'expériences avec une lampe à arc de la force de 1,200 bougies normales (3). Les expériences furent principalement basées sur la différence qui existe entre la perméabilité du verre et

(1) *Biologiska Fôreningens Fôrhandlingar*, 1888, t. I, p. 9.

(2) *Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de Biologie*, 1859; n° 63. Des cas analogues ont été publiés par Defontaine.

(3) Comparez : De l'influence de la lumière sur la peau, par I. Widmark; *Biologiska Fôreningens Fôrhandungar*, 1889, n° 20.

celle du cristal de roche. On sait que la première substance résorbe fortement la majeure partie des rayons ultra-violets, tandis que la seconde est extrêmement perméable aux mêmes longueurs d'ondes.

Deux plaques complètement transparentes, incolores et à peu près de la même épaisseur, furent choisies, l'une de cristal de roche, l'autre de verre. Afin d'obtenir un résultat exact, j'examinai d'abord leur perméabilité à des rayons différents de toutes les parties du spectre.

La perméabilité aux rayons lumineux fut explorée à l'aide de fente spectrale double de Vierordt. Je constatai, dans toutes les parties du spectre lumineux, une perte d'environ 8 p. 100, due à la réflexion des deux surfaces des plaques.

La perméabilité aux rayons de chaleur fut explorée au moyen d'un spectrobolomètre construit par M. K. Angström (1). La ligne D fut prise pour point de départ, et l'exploration fut continuée aussi loin dans le spectre ultra-rouge qu'il put être obtenu un résultat positif. Je donne dans le tableau suivant les résultats de cette exploration.

La première colonne (*d*) indique la déviation, à partir de la ligne D, pour le prisme de sel de roche employé, dont l'angle de réfraction est 60°,2′; la seconde (λ) donne la longueur d'onde des rayons; la troisième (*l*), la déviation du galvanomètre par l'effet sur le bolomètre des rayons émis de la source lumineuse; la quatrième (*c*), l'action des mêmes rayons après qu'ils ont traversé la lamelle de cristal de roche; la cinquième (*v*), leur effet après avoir passé par la plaque de verre.

d	λ	*l*	*c*	*v*
0	0.59	3.3	2.5	2.5
0.5	0.69	17	15	15
1.0	0.90	121.8	112.5	112.5
1.5	1.70	306	242	185
2.0	4.00	107	26.5	14
2.5	6.50	30.5	2.2	2

L'exploration montra par conséquent une plus grande perméabilité chez la plaquette de cristal de roche pour certains rayons ($\lambda = 1{,}70$, $4{,}00$).

La perméabilité des plaques aux longueurs d'ondes ultra-violettes fut explorée de la façon suivante. La lumière électrique fut entourée d'un cylindre de carton soigneusement fermé de tous les côtés. Une fente fut pratiquée à sa surface latérale. Les rayons passant par cette fente, furent concentrés, à l'aide d'une lentille de cristal de roche, sur un prisme du même minéral. Le spectre obtenu de la sorte fut projeté sur un écran blanc. A la limite du spectre visible du côté ultra-violet, fut fixée une feuille de papier à filtrer, humecté dans une solution de sulfate de quinine. Les rayons ultra-violets devinrent alors visibles par la fluorescence. La largeur de la partie fluorescente fut mesurée et reconnue comporter 30 centimètres. La substance qui devait être examinée fut ensuite placée devant la fente. Je constatai alors, que quand

(1) *Wied. Ann.*, t. XXVI, n° 253.

les rayons devaient traverser la lamelle de verre, la partie fluorescente était réduite de 6 à 7 centimètres, mais que si c'était la lamelle de cristal de roche que l'on plaçait devant l'ouverture, il ne se produisait qu'une diminution insignifiante d'intensité, mais aucune réduction dans la longueur de la partie fluorescente. Les longueurs d'onde les plus courtes étaient par conséquent absorbées en majeure partie par la plaque de verre, mais non par la plaque de cristal de roche.

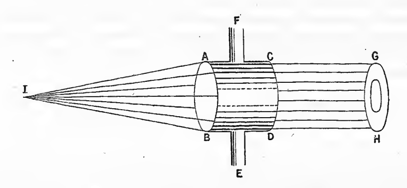
Je procédai ensuite à l'expérience suivante :

Une lentille de cristal de roche, à distance focale de 13,5 centimètres, fut fixée à cette même distance de la lampe à arc. A quelques centimètres du côté opposé, je plaçai un lapin albinos, de façon que les rayons parallèles brisés par la lentille atteignissent une partie parfaitement rasée de la peau de l'animal. L'expérience dura trois heures, au bout desquelles je ne pus pas constater le moindre effet. Mais, le lendemain, la partie de la peau exposée aux rayons souffrait d'un érythème qui dura plusieurs jours et fut suivi de la desquamation de l'épiderme.

Dans une autre expérience, je plaçai entre la lentille et l'animal d'essai un écran avec la plaque de verre mentionnée. Le résultat fut négatif cette fois-ci.

Les agents actifs de la lumière traversaient par conséquent le cristal de roche, mais étaient au contraire neutralisés par le verre.

Je construisis alors l'appareil suivant :



A l'un des bouts A B d'un cylindre métallique de 5 à 6 centimètres de longueur et du diamètre de 5 centimètres, fut installée une lentille de cristal de roche, et dans l'autre une plaque de verre percée à son centre d'un trou circulaire, dans lequel fut introduite la plaque mentionnée de cristal de roche du diamètre de 2 centimètres. L'appareil fut ensuite installé de telle sorte, que la lumière à arc, I, se trouvait à la distance focale de la lentille AB. Les rayons qui frappaient la lentille de cristal de roche, passaient en conséquent, riches en vibrations ultra-violettes, parallèlement par le cylindre. Mais après avoir passé le D, une part d'eux était dépourvue de rayons ultra-violets A G H; donc, la zone extérieure contenait de la lumière pauvre en rayons ultra-violets, par la raison qu'elle avait passé par le verre, tandis que la zone intérieure se distinguait au contraire par une vraie richesse de ces rayons, la lumière y ayant passé par la plaquette de cristal de roche.

Un lapin albinos fut maintenant placé de façon qu'une surface rasée de la peau se trouva en GH. L'expérience dura deux ou trois heures, à la fin desquelles aucune altération ne fut visible, même peu quatre heures après. Mais le jour suivant on constata un érythème correspondant à la zone intérieure. Cet érythème fut encore plus évident le troisième jour, après lequel il pâlit peu à peu, et fut suivi par une forte desquamation, qui était encore parfaitement évidente au bout de dix jours. La même expérience fut répétée au bras de plusieurs personnes avec des résultats positifs.

On pouvait avoir des raisons de supposer que, par suite de l'aberration sphérique, la zone centrale serait en général plus riche en lumière que la zone périphérique, et que c'était la cause du résultat positif donné par les rayons filtrés à travers la plaquette de cristal de roche. Il fut donc apporté à l'appareil la modification, que la plaquette de cristal de roche reçut une position excentrique. Mais, dans quelques expériences sur la peau de plusieurs personnes, les rayons qui avaient traversé le cristal continuèrent à être actifs, tandis que ceux qui avaient passé le verre restèrent totalement inactifs.

Le tableau de la page 934 montre toutefois que le cristal de roche offre une plus grande perméabilité que le verre, même pour certaines longueurs d'onde du spectre ultra-rouge. Il était donc possible que le résultat positif fût dû à cette différence.

Il fut par conséquent nécessaire d'introduire dans l'appareil une substance absorbant les rayons de chaleur, mais laissant passer les rayons ultra-violets. Une telle substance est l'eau. Elle offre une perméabilité excessive aux rayons ultra-violets (1), tandis qu'au contraire, même en couches des plus minces, elle absorbe fortement les rayons ultra-rouges. Melloni a montré le pouvoir excessif de l'eau d'absorber la chaleur rayonnante. Ce fait est étudié plus en détail par K. Angström. Il trouva qu'une couche d'eau d'une épaisseur de 2,4 millimètres absorbe :

A une longueur d'onde.	0.90	40 0/0
— —	1.70	97 0/0
— —	4.00	99.7 0/0

Les tubes E et F furent maintenant mis en communication avec des tuyaux de gutta-percha, par lesquels un courant continu d'eau distillée fut introduit en E, pour en sortir en F. La lumière avait donc à traverser une couche d'eau de 5 à 6 centimètres d'épaisseur, et devait par conséquent être dépouillée de presque tous les rayons ultra-rouges avant d'atteindre la peau.

Il fut fait plusieurs expériences après l'éloignement des rayons ultra-rouges de la manière indiquée et toutes donnèrent des résultats positifs.

La lumière a donc le pouvoir de produire une affection cutanée, même après avoir été dépouillée des rayons ultra-rouges. Les précédentes expériences, avec de la lumière filtrée à travers du verre, font voir que l'affection ne peut pas dépendre seulement des rayons lumineux. Elle doit donc être produit ou par les rayons ultra-violets seuls, ou aussi d'une action conjointe des rayons ultra-violets et les rayons lumineux.

(1) De Chardonnet : Transparence actinique. *Journ. de physique théorique et appliquée*, 1882, p. 307.

Afin de décider ce point, je fis l'expérience suivante :

Pour éliminer les rayons ultra-rouges et ultra-violets, une lentille de verre creuse (1), de 5,5 centimètres d'ouverture, fut remplie d'une dissolution de sulfate de quinine (2 0/0), après quoi la distance focale en fut fixée à 7,5 centimètres. La lentille fut placée à la distance de 13 centimètres de la lampe à arc, dont la lumière fut concentrée pendant trois heures sur une surface de peau de 2 centimètres de diamètre. Or, quoique l'intensité lumineuse se trouvât ainsi multipliée, le résultat n'en fut pas moins négatif. Il en suit, que les rayons lumineux ne jouent qu'un rôle subordonné dans la production de l'affection cutanée, et que cette affection dépend par conséquent à titre principal des longueurs d'onde ultra-violettes.

L'érythème produit par les rayons ultra-violets était remarquable en cet égard, qu'il ne se présentait qu'après une action de la lumière d'une certaine durée, après quoi il augmentait peu à peu et durait plusieurs jours, au bout desquels il était suivi d'une desquamation de l'épiderme.

Je fis aussi pour comparaison quelques expériences avec les rayons de chaleur. La même lentille de verre creuse fut remplie de sulfure de carbone, substance, comme on le sait, tout particulièrement perméable aux longueurs d'onde ultra-rouges. La lumière qui traversait la lentille, remplie de sulfure de carbone, était donc riche en rayons de chaleur, mais pauvre en rayons ultra-violets, qui étaient absorbées par ce verre.

J'eus l'occasion de constater la production d'un érythème par la lumière filtrée par le sulfure de carbone. Or, cet érythème survenait subitement et disparaissait peu de temps après la cessation de l'action de la lumière. Si l'on concentrait celle-ci sur la peau, il en résultait déjà, au bout d'une minute, une rougeur accompagnée d'un soulèvement de l'épiderme, ressemblant à une cloque de brûlure. Cette affection était donc toute différente de l'irritation produite par les rayons ultra-violets, et offrait le caractère évident d'une brûlure légère.

Si je combine ces explorations avec celles faites auparavant par moi relativement à l'influence de la lumière sur les parties antérieures de l'œil, il en ressort que *les rayons ultra-violets ont le pouvoir de provoquer des processus pathologiques sur les surfaces du corps sur lesquelles ils agissent avec une intensité suffisante.*

Cette action ne peut pas dépendre de l'énergie des rayons ultra-violets, si l'on prend leur effet calorique comme mesure de leur énergie, car cet effet est infinement petit. Elle doit donc provenir de qualités appartenant aux plus courtes longueurs d'onde.

Il pourrait être intéressant de voir si le résultat des expériences que j'ai faites correspond à la nature des sources lumineuses, qui provoquent cette affection cutanée caractéristique, et aux circonstances dans lesquelles elles agissent.

Pour ce qui concerne d'abord la lumière électrique, elle est, comme on le sait, la source lumineuse relativement la plus riche en fait de rayons ultra-violets. La lumière solaire ne peut pas, il est vrai, se mesurer avec l'arc électrique, au point de vue de ces rayons, mais elle est toutefois à cet égard supérieure à la plupart des autres sources lumineuses (2).

(1) Comparer : Widmark, *Biologisk a Fôreningens Fôrhandlingar*, 1888, p. 11. *De l'influence de la lumière sur les parties antérieures de l'œil.*

(2) Relativement à la lumière solaire, je n'ai fait d'expériences que sur ses rayons

Cornu (1) a étudié la transparence de l'atmosphère aux longueurs d'onde ultra-violettes. Il observa la principale richesse en rayons de cette espèce, quand le soleil était au zénith ; ou, en d'autres termes, que la richesse du spectre solaire en longueurs d'onde ultra-violettes diminue avec la longueur d'espace que la lumière doit parcourir à travers l'atmosphère. Il trouva, par analogie, que l'extension du spectre solaire du côté ultra-violet augmente avec la hauteur au-dessus de la mer. Plus l'altitude est grande, plus aussi la lumière est riche en rayons ultra-violets. La fréquence de l'érythème solaire, chez les personnes qui font des courses dans les montagnes, trouve en ceci en partie son explication.

Cornu a aussi montré des différences considérables suivant les saisons. A une hauteur solaire égale, le spectre ultra-violet est incomparablement plus étendu en hiver, quand la température est basse, qu'en été, quand elle est élevée (2). Il est, par conséquent, probable que la lumière est relativement riche en rayons ultra-violets, même dans les régions arctiques, et que nous y trouvons l'explication du fait étrange de la production, dans les terres polaires, d'érythème solaire à une température de plusieurs degrés au-dessous de zéro (3).

Il y a lieu d'ajouter à cela une circonstance importante. Les rayons réverbérés par la neige ou la glace jouent un rôle éminent dans la production de l'eczéma solaire. Que se produit-il dans cette réverbération? La lumière réfléchie par la neige a-t-elle une composition analogue à celle de la lumière originaire? Ou réfléchit-elle dans les proportions différentes des rayons à longueurs d'onde différentes?

Il n'a pas été fait, que je sache, de recherches à cet égard; ce paraît toutefois être une loi générale, que les corps pulvériformes, surtout les blancs, sont de préférence perméables aux rayons d'une grande longueur, mais qu'ils rejettent par contre les rayons à courte longueur (4). Par analogie avec ce qui précède, la lumière réfléchie par la neige serait comparativement riche en rayons ultra-rouges. L'aspect même de la neige semblerait indiquer quelque chose de pareil. En effet, la couleur n'en est pas d'un blanc pur, mais offre plutôt une teinte bleuâtre.

lumineux. Je dispersais la lumière à l'aide d'un prisme, en concentrant ensuite les divers rayons à l'aide d'une lentille de verre. Le résultat fut toutefois négatif, soit que j'employasse les rayons rouges ou violets ou les rayons intermédiaires. Il m'a donc été impossible de constater les observations de Gintrac. Je ne les connais toutefois que par un court résumé dans la *Revue scientifique* (1888, t. XXXXI, p. 221). Il se peut par conséquent que les différences dans les résultats soient dues à des différences correspondantes dans le plan des expériences.

(1) *Journ. de physique théorique et appliquée*, 1881, p. 5.

(2) Études de spectre solaire. *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, 1878, p. 101.

(3) Berlin. *Om snåblindhet*, p. 22. *Nord-Med. Ark*, XX, 1.

De Long. *The voyage of the Jeannette*, London, 1883.

(4) Clausius. *Pogg. Ann.*, t. LXXII, p. 188 et 294; t. LXXVI, p. 161; t. LXXXVIII, p. 543.

Rayleigh. *Strutt. Phil. Mag.*, t. XXXXI, p. 107, 274 et 447, 1871.

Nichols. On Black and white, *Transactions Kansas Academy of Science*, vol. X, 1886,

Manz. *Spectrophotometrische Untersuchungen an trüben Medien*, Marburg, 1885.

K. Angström. *Beobacht., uber die Durchstrahle von Wärme verschied.* Wellenlänge. *durch Trüb. Med. Ann. der Physik und Chemie*, Neue Folge, t. XXXVI, 1889.

Qu'il me soit permis, en terminant, de rappeler un cas communiqué par Veiel (1), et qui me paraît fournir un appui clinique à la justesse de mes recherches. Ce cas est celui d'une femme ayant souffert, pendant trente-deux ans, d'un eczéma, qui récidivait incessamment dès qu'elle s'exposait à la lumière du soleil. La sensibilité de la peau augmenta toujours davantage, et enfin il arriva un temps où elle ne put pas, même en hiver, se tenir en plein air tant que le soleil était au-dessus de l'horizon. Aucune médication ne put amener une amélioration permanente. Veiel en conclut, par certaines raisons, que les rayons chimiques étaient la cause de l'eczéma. Il fit par conséquent porter à la malade un voile rouge à tissu très serré, et elle put se tenir depuis ce temps-là, au mois d'août, en plein air entre dix et onze heures du matin, tandis qu'auparavant, en juillet, il lui avait été impossible de quitter impunément sa chambre même deux minutes, entre huit et neuf heures du matin.

(1) *Vierteljahresschrift für Dermatologie u. Syphilis*, 1887, p. 1113.

TABLE ALPHABÉTIQUE PAR NOMS D'AUTEURS

TABLE PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES

Paris. — Typographie Gaston Née, 1, rue Cassette. — 868.

Explication des planches I, II, III.

(Ces planches se rapportent à la communication de M. de Amicis : « *Sur un cas très rare de chéloïde spontanée, observée sur une femme névropathique,* » p. 93.)

Pl. I. — Vue d'ensemble de la distribution des tumeurs sur la poitrine et sur les bras.

Pl. II. — Éruption du bras droit avec la chéloïde cicatricielle.

Pl. III. — Vue de la lésion à grandeur presque naturelle avec ses formes diverses.

Congrès international
de Dermatologie et de Syphiligraphie
Paris 1889

Pl. I



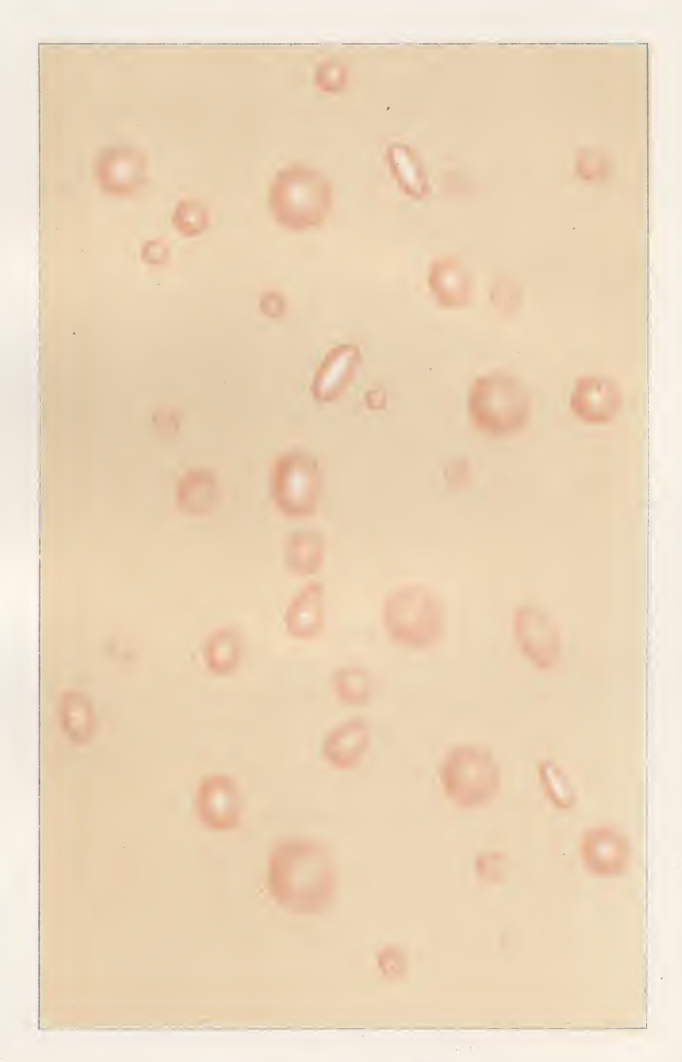
Chéloïde multiple spontanée

Prof. T. De Amicis Naples

Amato dis e l



Chéloïde multiple spontanée
et chéloïde cicatricielle bras



Chéloïde multiple spontanée

lésions isolées à grandeur presque naturelle

Prof. T De Amicis Naples

C Amati dis

Explication des Planches IV, V.

(Ces planches se rapportent à la communication de M. Petrini, de Galatz : « *Du pityriasis rubra, de l'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant, de la dermatite exfoliatrice généralisée desquamative,* » p. 44.)

Pl. IV. — *Pityriasis rubra.*

Fig. 1. — Coupe transversale de la peau du bras dans le pityriasis rubra. *p*, poil entouré de masses demi-cornifiées sous forme d'un entonnoir; *c*, couche cornée demi-cornifiée, épaissie; *m*, réseau de Malpighi détaché et qui se continue sans limite bien marquée dans la couche superficielle; *pp*, sommet des papilles épaissi, rempli de cellules embryonnaires; *d*, derme avec du tissu embryonnaire autour des vaisseaux et avec des muscles lisses hypertrophiés, *m. l.*

Fig. 2. — Même fragment de peau, traité par le chlorure d'or et ensuite par le picro-carminate, examiné à un faible grossissement. *c'*, couche cornée; *m*, couche de Malpighi; *p*, papilles; *c*, cellules noires avec des prolongements; *d*, derme montrant un réseau noir en communication avec le réseau cellulaire de la papille et dans la couche de Malpighi.

Fig. 3. — Paquet des vaisseaux superficiels. *a*, petites artères avec épaississement et état embryonnaire de leurs parois; *a'*, petite artère oblitérée; *e*, entre les vaisseaux il existe des cellules embryonnaires, *e*, qui laissent entre elles des fentes lymphatiques; *v*, petite veine avec des masses hyalines et pigmentaires dans sa lumière; *f*, fibres conjonctives gonflées.

Fig. 4. — Coupe d'un fragment de peau de la jambe, enlevé quatre mois après celui pris du bras. *c'*, couche cornée à moitié détachée; *e*, éléidine, correspondant aux prolongements interpapillaires; p, papilles atrophiées; *l*, couche sclérosée limitant le bord du réseau malpighien; *v'*, sclérose des vaisseaux à la base des papilles; *v*, couche vasculaire sclérotique; *p*, couche profonde aux fibres sclérotiques et avec tissu élastique augmenté.

Fig. 5. — Coupe de la peau du bras au niveau d'un follicule pileux, traitée par le chlorure d'or et le picro-carminate de Ranvier, examinée à un faible grossissement. *f. p*, follicule pileux; *c*, couche cornée; *m*, réseau de Malpighi détaché; *pp*, papilles; *d*, derme infiltré des cellules; *d''*, couche plus profonde aux fibres gonflées œdémateuses; *m. l*, muscles lisses; *g*, tissu graisseux à la place de la glande sébacée; s, glande sudoripare; *ce*, conduit de la glande.

Pl. V. — *Érythème scarlatiniforme récidivant.*

Coupe verticale d'un petit fragment de peau excisé de la partie postéro-interne du genou droit, durci par l'alcool, coloré au picro-carminate de Ranvier, et examiné dans de la glycérine neutre. *c*, couche cornée colorée en jaune foncé par l'acide picrique du picro-carminate; *c'*, même couche représentant une portion de la couche précédente en voie d'exfoliation formée par quelques cellules épidermiques, sèches, à disposition de réseau; *c''*, même couche cornée colorée en rose uniforme, ayant l'aspect de la membrane élastique de Bowmann; *e*, stratum granulosum et granulations d'éléidine; *M*, couche épithéliale de Malpighi, et vacuoles intercellulaires dans certains endroits; *p*, papilles couvertes des cellules embryonnaires; *te*, cellules embryonnaires à la limite inférieure de la couche malpighienne, qui pénètrent en se confondant avec les cellules de cette même couche; *te*, à ce niveau les cellules de Malpighi infiltrées par des cellules embryonnaires sont en partie atrophiées ou ont l'aspect embryonnaire.

Les cellules embryonnaires en suivant le vaisseau se prolongent sur les papilles; *v*. vaisseau entouré des cellules embryonnaires; *f*, follicule pileux avec des globes hyalins.



Babes del.

Imp. Becquet fr. Paris

Pityriasis rubra

G. Masson, Editeur



Babes del. *Imp Becquet fr. Paris.*

Erythème Scarlatiniforme desquamatif Recidivant.

G. Masson, Editeur.